



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería

**“Análisis de costos en el diferimiento de la aplicación de
Dispositivo Intrauterino y realización de Oclusión Tubárica
Bilateral en el puerperio inmediato”.**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Lic. Olga Rodríguez López

Santiago de Querétaro, Qro. Octubre 2005

BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

Universidad Autónoma de Querétaro
DIR. GRAL. DE BIBLIOTECAS

23 NOV. 2005

RECIBIDO

Nó. Adq. H70651 ✓

No. Título _____

Clas. IS

613.9435

R696a



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de Enfermería

"Análisis de costos en el diferimiento de la aplicación de Dispositivo Intrauterino y realización de Oclusión Tubárica Bilateral en el puerperio inmediato".

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta:


Lic. Olga Rodríguez López

Dirigido por:

MCSS Enrique Villarreal Ríos

SINODALES

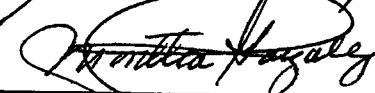
MCSS Enrique Villarreal Ríos
Presidente



MC Raquel Acuña Cervantes
Secretario



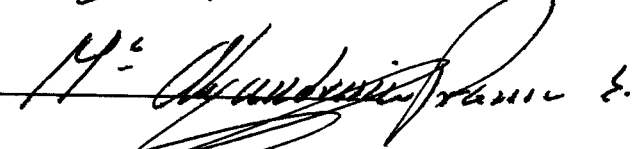
MC Martha González Esquivel
Vocal



MC Gabriela Palomé Vega
Suplente



MC María Alejandrina Franco Esguerra
Suplente



Dra. Aurora Zamora Mendoza
Director de la Facultad

Dr. Sergio Quesada Aldana
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Santiago de Querétaro, Qro.
Octubre 2005
México

RESUMEN

El objetivo fue determinar el costo del diferimiento de la aplicación del dispositivo intrauterino (DIU) y realización de oclusión tubárica bilateral (OTB) en el puerperio inmediato. El estudio se realizó en un hospital de tercer nivel de atención. Se determinó el costo del diferimiento para intervención educativa en la embarazada, para capacitación del personal en consejería en salud reproductiva y planificación familiar, y en la estructura técnico-administrativa, para la aceptación de un método. Se efectuó proyección de los resultados en la Delegación Jalisco, Región Occidente y en la Nación. Se realizó seguimiento de las pacientes diferidas, seis meses posteriores al puerperio, en las unidades médicas de primero y segundo nivel correspondientes, para verificar si acudieron a recibir el método deseado y el número de consultas generadas para tal efecto, así como el número de consultas otorgadas en la atención prenatal. Se utilizaron en este estudio, los costos unitarios para la atención médica vigentes al 2004, que fueron determinados por la institución, los cuales contemplan gastos de personal, infraestructura e insumos. El cálculo, se realizó a partir del costeo de atención prenatal en actividades encaminadas a la aceptación de un método, la capacitación al personal de salud en consejería en salud reproductiva y planificación familiar, y de la atención posterior al puerperio para la aplicación del método. La suma de ellas determinó el costo del diferimiento, que para el DIU fue de \$1,673.24 pesos y de \$13,677.70 para la OTB. De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, se realizó una proyección a otra magnitud en que se obtuvo; el costo por diferimiento en la Delegación Jalisco, el cual fue de 9'974,913 pesos, en la Región Occidente de 25'288,003 pesos y de 55'826,328 pesos en la Nación. Esta información podría ser útil en la reestructuración de los procesos de atención, con el enfoque de calidad, lo cual implica el uso eficiente de los recursos institucionales.

(Palabras clave: planificación familiar, costos, diferimiento, dispositivo intrauterino, oclusión tubárica bilateral)

SUMMARY

The object was to determine the cost of the deferment in the application of the intrauterine device (IUD) and the realization of Tubaric Bilateral Obstruction (TBO) in the immediate post-partum. The study was realized in a third level attention hospital. The cost of the deferment was determined for an educative intervention in the pregnant woman, for training of the advisor personal in reproductive health and familiar planning, and in the technique-administrative structure for the acceptance of a method. A projection of the results was made for the deferment in the Jalisco delegation, Occident region and in the nation. The differed patients were followed six months after the post-partum in the first and second level clinics to verify, if they had came to receive the wished method, the number of medical consultations and the number of consults given in pregnant attention. The unitary costs of medical attention current in 2004 were used in this study, were determined by the institution, they include the personal costs, infrastructure and inputs. The calculation was realized from the cost of pregnant attention in activities that took the patients to the acceptance of a method, the training of personal in reproductive health and familiar planning, and the attention after the post-partum for the application of the method. For IUD was of 1,673.24 pesos and 13,667.24 for the TBO. According to the results obtained in this study, a projection to another magnitude was made in which the cost for deferment in the Jalisco delegation was obtained for 9'974,913 pesos, in the Occident region of 25'288,003 pesos and of 55'826,328 pesos in the nation. This information could be useful in the reconstruction of the attention processes, with the quality focus with efficient use of the institution resources.

(Key words: family planning, cost, deferment, intrauterine device, tubaric bilateral obstruction)

DEDICATORIA

A los Profesores de Posgrado de la
Facultad de Enfermería de la
Universidad Autónoma de Querétaro.

AGRADECIMIENTOS

A las Autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social que me brindaron su apoyo para la realización de este trabajo.

INDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
Índice de figuras	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Objetivos	5
1.3 Importancia del estudio	6
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1 Antecedentes y prospectivas del liderazgo en enfermería	9
2.2 Teoría del grid administrativo	10
2.3 Teoría del manejo del conflicto	13
2.4 Uso de los conceptos de las teorías: Estilos de liderazgo y de manejo del conflicto en el costo del diferimiento de protección anticonceptiva.	14
2.5 Estudios relacionados	16
2.6 Hipótesis y variables	24
III. METODOLOGÍA	
3.1 Diseño	26
3.2 Población de estudio	26
3.3 Criterios de inclusión y exclusión	26
3.4 Material	26
3.5 Procedimientos	27
3.6 Análisis de datos	29
3.7 Ética del estudio	29

IV.	RESULTADOS Y DISCUSION	
	4.1 Estadística descriptiva	30
	4.2 Resultados de las pruebas y hipótesis	41
	4.3 Discusión	41
V.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
	5.1 Conclusiones	45
	5.2 Recomendaciones	45
	BIBLIOGRAFIA	47
	APENDICE	
	A. Operacionalización de variables	51
	B. Glosario	60
	C. Proceso de planificación familiar	68
	ANEXOS	
	A. Instrumento	68

INDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
3.1	Distribución de pacientes por unidad de medicina familiar y hospital de segundo nivel de atención.	30
3.2	Costo de aceptación del método en atención prenatal.	36
3.3	Costo por capacitación en consejería en salud reproductiva y planificación familiar.	37
3.4	Costo de la atención posterior al puerperio en método diferido.	38
3.5	Costo total del diferimiento del dispositivo intrauterino y oclusión tubárica bilateral.	39
3.6	Proyección delegacional, regional y nacional del costo por diferimiento de protección anticonceptiva.	40

INDICE DE FIGURAS

Figura		Página
4.1	Grid gerencial de Blake y Mouton	11
4.2	Edad de las pacientes diferidas	31
4.3	Inicio de vida sexual de las pacientes diferidas.	32
4.4	Antecedentes obstétricos de las pacientes diferidas.	33
4.5	Pacientes diferidas de acuerdo al tipo de evento obstétrico.	34
4.6	Comportamiento observado posterior al puerperio.	35

I. INTRODUCCION

El reto principal de las ciencias de enfermería es mantener la salud del ser humano, cuyo contexto está vinculado a las condiciones sociales, políticas y económicas inmersas en la organización en la que vive, lo que determina las acciones a seguir para lograr un equilibrio, en las cuales la investigación en servicios de salud, llamada también investigación operacional, investigación para la decisión e investigación evaluativa, puede aportar información, en la búsqueda sistemática de conocimientos científicos cuya perspectiva de análisis es la estructura, el proceso y los resultados que permiten identificar problemas, decidir y ejecutar acciones de calidad eficientes y efectivas inherentes a la prestación de servicios de salud. (Martínez 2000)

Las instituciones de salud cuentan con instalaciones, recursos tecnológicos y personal destinado a otorgar atención médica, siendo responsabilidad de su cuerpo directivo el hecho de que la atención se otorgue con calidad, lo cual significa también oportunidad. Las limitaciones económicas hacen imperativo buscar las mejores combinaciones de recursos existentes para la atención de la salud de la población. (Durán 1992) La eficiencia de una intervención sanitaria es la consecución de los objetivos al menor costo posible, es pues un concepto económico que hace mención a la mejor de todas las alternativas posibles. (Ruíz 1996)

En materia de salud, la atención materno-infantil tiene una importancia relevante, debido al impacto que tiene en el desarrollo de la sociedad, por lo tanto las acciones que inciden en ella resultan trascendentales, tal es el caso del programa de planificación familiar, que desde sus inicios en los años setenta, persiguió metas concretas como el control del crecimiento de la población avanzando hacia la disminución de la mortalidad infantil y materna. (Rico 2003).

La finalidad de realizar esta investigación es proporcionar información relevante a los directivos, que contribuya a la toma de decisiones para lograr mayor impacto en la cobertura de protección anticonceptiva, al evitar diferir en la atención obstétrica, el otorgamiento del método solicitado por la paciente durante la atención prenatal, como resultado de un proceso de intervención educativa, lo cual se traduce en eficiencia de la calidad de atención, en la que la enfermera tiene una participación primordial.

1.1 Planteamiento del problema

En la actualidad los servicios sanitarios se encuentran inmersos en la dinámica de la economía de la salud, esto implica asegurar que los servicios otorgados solucionen las necesidades de la población a la que prestan sus servicios, bajo la premisa de alcanzar la óptima utilización de los recursos. En este contexto, de los personajes que integran el equipo de salud, la enfermera adquiere cada día un papel más protagónico. En países en desarrollo, la atención materno infantil y como base fundamental de ello, la atención a la mujer en periodo reproductivo, se ha constituido como uno de los programas prioritarios desde la época de los setenta, encaminado a disminuir los riesgos de salud, que desde el enfoque económico se traducen en costos. (Malthus 1982)

El costo de los recursos empleados para la solución y prevención de problemas de salud de la población, representa una parte importante en los egresos de las instituciones de salud, las tasas de muerte materna y perinatal son el reflejo del nivel de salud de una nación, por lo que resulta prioritario para países que no han alcanzado a resolver esta situación. Por tal motivo las instituciones se han interesado en brindar estos servicios principalmente durante la atención del evento obstétrico, para así garantizar mejores resultados en la protección anticonceptiva y así disminuir los problemas de salud tanto de la madre como del niño.

Un espaciamiento de los embarazos que favorezca la salud de la mujer que presenta algún factor de riesgo reproductivo es una indicación clara y bien definida de que los problemas antes mencionados han disminuido. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la meta propuesta pretende proteger al 80% de pacientes en el puerperio inmediato. Sin embargo es de observarse que además de estar por debajo de este indicador establecido, en ocasiones, a pesar de que la mujer solicite un método de alta continuidad (oclusión tubárica bilateral OTB y dispositivo intrauterino DIU) éste no es otorgado aunque no exista contraindicación médica para ello, pues se difiere el otorgamiento hasta después del puerperio.

Cabe mencionar que la aceptación de un método por parte de la paciente es el resultado final de todo un proceso, en el cual los roles de los integrantes del equipo de salud están bien definidos. En el caso particular de la enfermera materno infantil, el rol contempla la atención y control del embarazo de bajo riesgo, en la consulta externa de los tres niveles de atención y a la subjefta de enfermeras de planificación familiar, la coordinación de las acciones del equipo de salud y la evaluación del programa en el ámbito hospitalario, es decir en el segundo y tercer nivel de atención, que es donde se brinda la atención al parto, y se otorga el método anticonceptivo como culminación del proceso de atención.

La labor que realiza la enfermera durante la educación para la salud en la atención prenatal conlleva la aceptación de protección anticonceptiva de manera voluntaria como una medida de cuidado de la propia salud, sin embargo esta acción se encuentra inmersa en un proceso multidisciplinar, por lo que si algún integrante que participa en este proceso no cumple con su acción específica, el trabajo de enfermería no logra su cometido. En este proceso los aspectos que se encuentran involucrados incluyen la estructura técnico administrativa, la capacitación al personal y la intervención educativa a la paciente desde el primer contacto en la atención del control prenatal, lo que representa el trabajo conjunto del equipo de salud.

Sin embargo si el médico no otorga el método anticonceptivo durante la atención del parto, queda anulado todo el esfuerzo realizado previamente por el equipo de salud. Analizar la intervención de una sola disciplina en forma aislada de las demás, limitaría los resultados y ofrecería una visión parcial del problema, por lo que es necesario definir las intervenciones de cada disciplina durante el proceso de atención.

Dada la situación económica actual de las instituciones, en las que se debe hacer más eficiente la atención otorgada, con el objetivo de satisfacer las expectativas del usuario —y tomando en cuenta que la asignación de los recursos económicos son otorgadas en función de la productividad—, resulta importante conocer cuáles son las implicaciones económicas para la institución, si se deja de realizar una acción. Es por ello que en este trabajo se pretende conocer:

¿Cual es el costo económico del diferimiento de la aplicación del dispositivo intrauterino y la realización de la oclusión tubárica bilateral durante el puerperio inmediato?

1.2 Objetivos

Objetivo General:

Determinar el costo del diferimiento de la aplicación del dispositivo intrauterino y realización de oclusión tubárica bilateral en el puerperio inmediato.

Objetivos Específicos:

- Determinar el costo del diferimiento del método anticonceptivo por intervención educativa en la embarazada.
- Determinar el costo del diferimiento del método anticonceptivo por capacitación del personal en consejería en salud reproductiva y planificación familiar.
- Determinar el costo del diferimiento del método anticonceptivo en la estructura técnico-administrativa en la búsqueda de la obtención del consentimiento informado.
- Proyectar acorde con los resultados, los costos por diferimiento en la aplicación de DIU y realización de OTB en la Delegación Jalisco, la Región Occidente y en el País.

1.2 Importancia del estudio

El modelo de salud de cada país, depende del modelo del macrosistema económico, político, cultural y social. La salud esta determinada por los factores socioeconómicos y médicos propios de cada sociedad, en este sentido la sociedad hereda y genera ciertas condiciones de salud, a la vez que produce los medios que le permitan satisfacer sus necesidades de salud. Para satisfacer estas necesidades, se requiere una serie de recursos; conocimientos humanos, materiales y financieros. El costo de estos recursos representa un rubro importante de egreso del presupuesto de las instituciones de salud. (Cacho 1992).

Una medida indirecta de las condiciones de salud de la población en general, son las tasas de mortalidad materna y muerte perinatal, las cuales reflejan los niveles de salud de la mujer en edad reproductiva, y la calidad de los servicios de atención obstétrica. Gran parte de los países en desarrollo no ha logrado aún una reducción relevante de la mortalidad materna. (WHO 2001) En África la mortalidad infantil indica la necesidad de una mejora integral en la atención prenatal (Becher 2004) y la implementación de medidas de prevención y control asegura la identificación de riesgo reproductivo en la embarazada, con lo cual se permite abatir la mortalidad perinatal. (Rivera 2003)

En México, las mujeres en edad reproductiva constituyen el 20.6 por ciento de la población total, este grupo esta expuesto a los riesgos inherentes al proceso reproductivo. (CONAPO 1996) La tasa de muerte materna es de 5.1 de manera oficial, sin embargo debe tomarse en cuenta el subregistro existente en el país. (Romo 1998) Lograr disminuir las tasas de muerte materna y perinatal, ha sido preocupación fundamental de las autoridades sanitarias, y con este fin se han formulado y puesto en operación programas de atención materna, orientados a mejorar la salud de este grupo de población como una base para enfocar los recursos prioritariamente. Estos programas han evolucionado desde diversas actividades, hasta adquirir en la actualidad el carácter de programas prioritarios.

En la operativización del programa de planificación familiar, es necesaria la intervención de las diferentes disciplinas que inciden en él; trabajo social, enfermería y el área médica, siendo la subjefe de enfermeras quién coordina las acciones y evalúa resultados, conforme a los indicadores establecidos. El diferimiento del método anticonceptivo, afecta directamente en el resultado de coberturas de protección anticonceptiva, y también a la calidad de atención brindada por la enfermera, en el sentido de que no se otorga el servicio solicitado por la paciente de manera oportuna y eficiente, además de que no se la protege del riesgo reproductivo que por sus características de salud presenta la paciente, y que es traducido en costos de atención para la institución.

Una parte importante de los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social está orientada a la atención materna, por lo que ha desarrollado diversos programas que inciden ella, uno de ellos es el de vigilancia operativa de anticoncepción en hospitales, como estrategia para reducir las tasas de muerte materna y mejorar la calidad de la atención. Es así como se implementa la promoción a la protección anticonceptiva en el posparto, que realmente inicia durante la atención prenatal, ya que es en este periodo cuando se lleva a cabo todo el proceso de educación y sensibilización para la adopción de un método anticonceptivo, mismo que es realizado por el equipo de salud durante la atención prenatal en la consulta externa, y coordinado operativamente en el área hospitalaria, por la subjefe de enfermeras. El proceso finaliza con la atención del parto.

La inversión que se efectúa en apoyo a programas prioritarios y que contempla la formación de una estructura técnico administrativa, capacitación al personal y acciones educativas a la población, resulta poco redituable si no se complementan las acciones de servicio que demanda el derechohabiente. La omisión de una acción puede resultar en cierta medida poco trascendente en ese momento, sin embargo, tiene repercusiones socioeconómicas, en relación con la demanda de la población de satisfactores y servicios en materia de vivienda, alimentación, educación y salud.

Además, dicha omisión tiene un impacto en la calidad de los servicios prestados, pues no se satisfacen las expectativas de los usuarios a quienes presta sus servicios. Por otra parte, el uso inadecuado de los recursos, lesiona innecesariamente la economía de la institución, por lo tanto, resulta importante conocer cuál es el costo extra erogado por la institución en la postergación de una intervención médica que repercute en el proceso de atención de los servicios de planificación familiar y de ese modo se proporcione información para la toma de decisiones por parte del cuerpo directivo, en el cual está incluida la enfermera.

II. REVISION DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes y prospectivas del liderazgo en enfermería

Los sistemas de salud se están enfrentando a grandes cambios. Los avances médicos y tecnológicos permiten la difusión de la investigación e información, la cual llega a una población mayor, provocando un incremento en las demandas, y por lo tanto, en los costos de atención. En el cuidado de la salud, las relaciones interpersonales cobran mayor importancia, una relación exitosa con el usuario está basada en una buena interacción y colaboración. El liderazgo, a través de sus propias acciones, debe crear una cultura de la organización donde el cambio no sea percibido como una amenaza, sino como la posibilidad de crecimiento y desarrollo de los trabajadores, ayudando así en el crecimiento de los recursos intelectuales de la organización y asegurando el futuro de la misma. (León 2001)

Enfermería es una parte esencial en la globalidad de los servicios de salud, cuando los servicios cambian, lo hacen también sus diferentes componentes. Anteriormente se había considerado a enfermería como un sector independiente en el cuidado sanitario y el procedimiento como un producto individual, en la actualidad esa línea de pensamiento ha cambiado, lo que hace necesario examinar el proceso como una operación conjunta de diversos profesionales cuyo objetivo común, es la atención a sus usuarios. (Telaranta 2002) La enfermería, en su continuo avance como ciencia, ha desarrollado el liderazgo, para proporcionar modelos directivos idóneos a la época actual. En la actualidad, la enfermera pugna por alcanzar el desarrollo académico necesario, que propicie una práctica delimitada y específica; sustentada en conocimientos científicos, que permitan la aplicación del proceso administrativo, para brindar atención altamente calificada, al paciente, a la familia y al grupo social. La administración de enfermería se ha transformado en las últimas décadas, favoreciendo la formación de líderes.

Diversas disciplinas tales como la psicología, sociología, legislación, política y economía de la salud se consideran indispensables en el acervo del líder y se constituyen como pilares para la excelencia directiva. El líder debe también hacer frente a los problemas que surgen desde la misma organización actuando sobre ellos puntualmente para buscar soluciones, en la práctica se incluye la administración del tiempo, la distribución del trabajo y la elección de los métodos empleados para ello, así como la supervisión y la evaluación de los efectos. Todas estas tareas son importantes en la dirección de enfermería. (Telaranta 2002). Las actividades del líder se centran en la gestión del personal y en la creación de condiciones para el crecimiento y renovación del mismo. Un problema grave de difícil solución es la existencia del grupo improductivo que lesiona los intereses de las instituciones, para ello es necesario identificar los puntos débiles e implementar un plan de acción para lograr mejores resultados. (Zapata 2003)

2.2 Teoría del Grid Administrativo

Robert R. Blake y Jane Srygley Mouton desarrollaron en 1964 una forma objetiva de representar gráficamente el punto de vista bidimensional de los estilos de Liderazgo, que ya habían sido investigados en Ohio State University y en Michigan University en 1960. El grid administrativo fue creado a partir de las conclusiones obtenidas en los estudios anteriores, basándose en los estilos de "preocupación por la gente" y "preocupación por la producción", que en esencia, representan las dimensiones de "consideración" y "estructura inicial" de Ohio State University, o las dimensiones de "orientación hacia el empleado" y "orientación a la producción" de la Universidad de Michigan. Utilizando los cuatro cuadrantes del Modelo de Ohio State, se elaboró una matriz de nueve por nueve, que bosqueja diferentes estilos de liderazgo, describiendo explícitamente los cuatro tipos extremos (1,1 9,1 1,9 y 9,9) y el estilo medio (5,5) (figura 1)

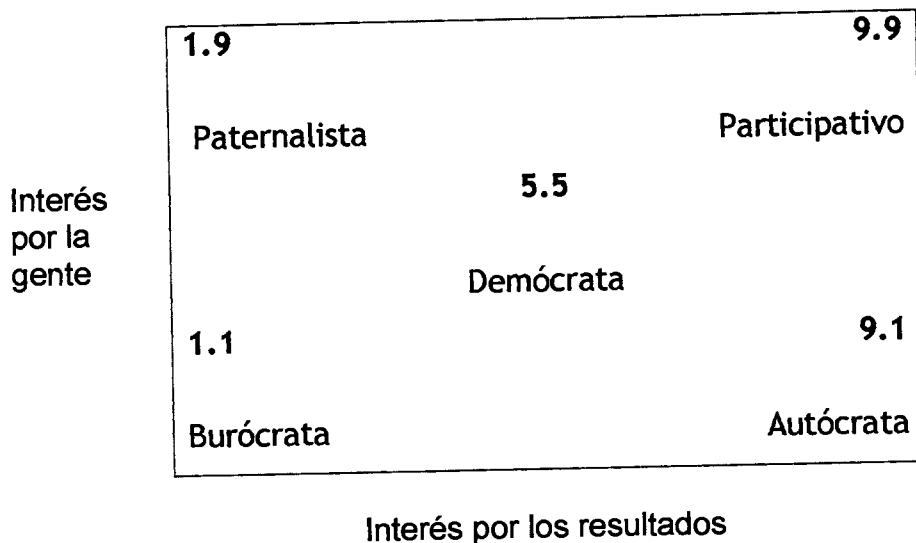


Figura 4.1 El grid gerencial de Blake y Mouton.

El grid no muestra los resultados producidos sino más bien, los factores dominantes en el pensamiento de un líder respecto a la obtención de resultados, es una manera de representar gráficamente todas las posibilidades de estilo de liderazgo, y de ver cómo se comparan un estilo con otro. (León 2001)

El grid identifica los intereses del líder y le facilita ver cómo interactúan los dos intereses. Cinco de las muchas teorías o estilos posibles de liderazgo y supervisión se destacan con mayor claridad y son las que aparecen en el centro y las cuatro esquinas de la parrilla o matriz, que se conoce con el nombre en inglés de "Grid". Puede ser útil también para identificar las posturas o teorías gerenciales, que norman la actitud y conducta de quienes están a cargo de los puestos directivos de la empresa u organización. Los principales estilos de liderazgo pueden ser descritos de la siguiente forma;

1.1 burócrata: no demuestra interés en la tarea ni en las personas; sin contribución, mecánico, el mínimo esfuerzo para el trabajo.

9.1 autócrata: alto grado de interés por la tarea y por los resultados, poco interés en las personas.

5.5 demócrata: busca obtener resultados "sin presionar" demasiado para no parecer intransigente. Ritmo tranquilo de trabajo.

1.9 paternalista: Hincapié en las buenas relaciones, "Si la gente trabaja en un ambiente de bienestar y aceptación, cooperarán con el sistema". Mínimo interés por la tarea, máximo por la gente.

9.9 participativo: Alto interés por la tarea y por las personas, todos los involucrados se apoyan y se hacen responsables en los resultados.

Con base en los resultados de Blake y Mouton se encontró que los mejores dirigentes son aquellos que se desempeñan con un estilo 9,9 en contraste con un estilo 1,9 (paternalista) o un estilo 9,1 (autócrata). Ahora bien, algunos autores hacen una crítica del grid diciendo que tampoco toma en cuenta la situación, y que hay pocas evidencias sustantivas que apoyen la conclusión de que un estilo 9,9 es más eficaz en todas las situaciones.

Es posible interpretar que se puede transitar en los cuadrantes de la matriz del grid, tanto como se pueda, según lo demande la madurez del grupo y sus respuestas, la situación que se presente y los resultados que se vayan dando, pero siempre con la tendencia de avanzar hacia el liderazgo participativo. La modalidad participativa implica una cultura organizacional diferente, abierta, compartida, donde el líder comunica la visión, e involucra a los colaboradores en la misión; es proactivo, interactivo, modela comportamientos adecuados y funcionales, aumenta el poder a través de la responsabilidad, aprovecha la diversidad de conocimientos, creando una atmósfera en donde los errores y riesgos se asumen y se admiten fomentando y fortaleciendo la colaboración. (Kotter 1990)

Ante las premisas de que si las cosas se hacen con calidad, la productividad, eficiencia y efectividad vienen por añadidura y que si se da participación al trabajador —que es quien debe proponer las estrategias que garanticen una buena calidad—, el liderazgo participativo para la calidad toma un papel fundamental para la realización de estas dos premisas, por medio del trabajo en equipo. (Ruíz 1996)

2.3 Teoría del manejo del conflicto

La existencia del conflicto está aceptada como una parte inevitable del funcionamiento social. Aparece a nivel individual con el nacimiento, ya que debemos aprender a vivir haciendo uso de varias estrategias de supervivencia. La vida familiar enseña luego como negociar con las demandas opuestas presentadas simultáneamente por los padres y el medio ambiente. El proceso de crecer, desarrollarse y diferenciarse de los demás, cumpliendo metas propias, siempre estará enmarcado por las limitaciones de un universo con recursos limitados y demandas crecientes. La vida sin conflictos es una ilusión de corta duración. Si existiera una vida sin conflictos, se adolecería de las imprescindibles oportunidades para desarrollar nuestras habilidades. Se aprende a través y gracias al conflicto.

El desarrollo humano en sociedad, procede por etapas que son usualmente situaciones de cambio, movilizadas por el conflicto generado por la etapa anterior. Un conflicto empieza cuando una parte, de modo intencional o no, invade o afecta negativamente algún aspecto psicológico, físico o territorial de la otra parte. El daño puede ser real, (objetivamente comprobable) o puede ser solamente percibido por la parte afectada (daño subjetivo). (Romero 2004)

El conflicto puede ser analizado en diferentes etapas; conocimiento, diagnóstico, reducción del conflicto, solución de problemas y construcción de un acuerdo final. El conflicto no es algo que deba manejar y resolver por sí solo el gerente del proyecto; el conflicto entre miembros del equipo debe ser manejado por las personas involucradas. Si es conducido en forma apropiada, puede ser benéfico, ya que hacer que los conflictos salgan a la superficie y se resuelvan, estimula la discusión y hace que las personas aclaren sus puntos de vista. El conflicto puede obligar a las personas a buscar nuevos enfoques; puede fomentar la creatividad y mejorar el procedimiento de la resolución de problemas. (Mesa 2004).

Si se maneja de manera apropiada, el conflicto favorece el desarrollo del equipo de trabajo, sin embargo, si no se procede adecuadamente, puede tener una repercusión negativa sobre el equipo de proyectos, destruyendo la comunicación y la disposición de los integrantes a escuchar y respetar los puntos de vista de los demás. (Domínguez 1992). El manejo de conflictos implica, examinar las dificultades y aumentar el interés común, es éste un factor muy importante que contribuye a un mayor grado de integración. Así, la solución de los mismos no es una búsqueda de la victoria ni cuestión de ganar o perder, todos pueden salir ganando, en el sentido de obtener el máximo provecho de la totalidad de sus valores y de reducir al mínimo su costo de oportunidad. (Domínguez 1992).

2.4 Uso de las teorías: Estilos de liderazgo y de Manejo del Conflicto en el costo del diferimiento de protección anticonceptiva.

El programa de planificación familiar, reviste un carácter prioritario como estrategia clave en la salud materno infantil, una de las funciones administrativas de los directivos en enfermería es supervisar el cumplimiento de éste, así como el desarrollo del capital humano en aspectos de salud reproductiva, lo cual constituye una inversión para la institución. Sin embargo es necesario que cada uno de los participantes en el proceso de atención, realice su función con oportunidad, de lo contrario no se obtendrán los resultados esperados, lo que causará insatisfacción de las expectativas del usuario, frustración en los otros miembros del equipo de salud, y la elevación del costo de atención, lo cual constituye un problema o conflicto en el proceso de atención a la mujer en edad fértil con riesgo reproductivo.

El liderazgo en su concepción actual se desprende del proceso administrativo, concretamente de la fase de la dirección, por lo tanto está ligado con la supervisión y de acuerdo con los estilos de liderazgo que existan en la organización. Varía el grado de eficiencia y productividad de la misma. De una supervisión efectiva dependerán la productividad del personal para el logro de los objetivos, la observancia de la comunicación y la corrección de errores.

En el manejo del conflicto, debe buscarse la mejor solución posible con la visión de obtener los resultados esperados, para lo cual resulta de suma trascendencia el estilo de liderazgo empleado. No puede manejarse un conflicto sin emplear necesariamente un estilo de liderazgo determinado, si el directivo en enfermería conoce los diferentes tipos de liderazgo y el grado de madurez en que se encuentra el grupo, podrá con mayor facilidad implementar las acciones correctivas que guíen el curso de acción del personal a su cargo. Para crear y dirigir un equipo de alta eficiencia, el enfoque del liderazgo participativo es el que mejor funciona, con una comunicación de doble sentido y una gestión basada en la influencia para asegurar el compromiso. (León 2001)

La enfermera como parte importante en los procesos de atención dentro de las instituciones de salud debe desarrollar su habilidad en la solución de problemas como método gerencial. La gran mayoría de las decisiones gerenciales se basa en el sentido común y en la experiencia de los responsables del manejo empresarial. El análisis que se haga del problema es justamente lo que hace que se tomen las decisiones correctas y se encuentre una solución viable. Asimismo conocer las implicaciones que generan los problemas, permite identificar su magnitud y por lo tanto la urgencia de resolverlos.

Las organizaciones tienen problemas frecuentes que afectan la productividad y la calidad de los servicios, perjudicando así su competitividad. Tomando en cuenta que en la actualidad vivimos en un mundo muy competitivo, donde la producción de bienes y servicios esta enmarcada, por una dura competencia entre los productores de los mismos y la necesidad de producir mayor cantidad a un menor costo (García 2004), los directivos en enfermería deben incrementar el conocimiento y experiencia que tienen con hechos y datos que les hagan tomar las decisiones adecuadas para ejercer una dirección correcta. Por ello resulta de gran utilidad aplicar la investigación científica como herramienta para la toma de decisiones.

2.5 Estudios Relacionados

Antecedentes.

La organización social, económica y los valores culturales en una sociedad, inciden en forma determinante en el crecimiento de la población. La tendencia en los países desarrollados ha sido de baja natalidad, baja mortalidad y aumento en la esperanza de vida. En los países en desarrollo, el incremento poblacional ha seguido una trayectoria distinta a la que siguió Inglaterra y Europa en general. La disminución de la mortalidad, debida fundamentalmente a los avances médicos importados, que la reducen drásticamente, da origen a índices de crecimiento nunca vistos en la historia del hombre.

El periodo de 1900 a 1940 se caracteriza en América Latina por una evolución económica, social y política que aseguró cierta estabilidad económica y un incremento demográfico sostenido, hasta finales de la década de los treinta la natalidad y la mortalidad, corrían paralelas. Las altas tasas de mortalidad dejaban un ligero excedente a favor de los nacimientos, la tasa de crecimiento fue aumentando a razón de 1.7 por ciento anual. De 1940 a 1970 América Latina aumentó a más del doble sus habitantes, las tasas anuales de crecimiento aumentaron consecutivamente de 1.9 a 2.8. (Martínez 1985)

En la década de los sesenta, se inició el debate sobre las consecuencias del crecimiento de la población en los países en desarrollo. La preocupación se sustentaba por las altas tasas de crecimiento poblacional, producto de una constante y alta fecundidad, y una reducción en la mortalidad, especialmente en los primeros años de vida. El volumen y la estructura de la población, así como su elevada concentración, fueron motivos para establecer una política demográfica que incidiera en la dinámica poblacional para adecuarla a las necesidades de desarrollo. De hecho, las Naciones Unidas recomendaban a los gobiernos el control de la población por las ventajas sociales, económicas y políticas. (Malthus 1982)

A partir de 1973 entró en vigor en México la Ley General de Población que consistió en regular los fenómenos que afectaban a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución territorial, con el objeto de lograr una participación justa y equitativa, de los beneficios del desarrollo económico y social (Martínez 1985). Siendo esto normado hasta 1986, año en el cual se publica en el Diario Oficial de la Federación la norma técnica para la planificación familiar en la atención primaria de la salud, quedando anulada posteriormente por la Norma Oficial Mexicana de los servicios de salud publicada en 1993.

En agosto de 1972, la Jefatura de Servicios Médicos de Medicina Preventiva del Instituto Mexicano del Seguro Social formuló un programa de planificación familiar voluntaria, que inició en cuatro unidades médicas de la ciudad de México, en las cuales se incorporó el otorgamiento de estos servicios como respuesta a la demanda de mujeres con altos riesgos materno-fetales y aborto inducido. Durante el año de 1974 se amplió el programa a todas las delegaciones del IMSS en el país.

En el periodo de 1972 a 1976, la prestación de los servicios de planificación familiar estuvo a cargo de equipos específicos, incorporados en las áreas de consulta externa de las unidades de medicina familiar con mayores volúmenes de población adscrita, integrados por gineco-obstetra, trabajadora social, auxiliar de enfermería y en algunos casos un psicólogo. En las áreas de hospitalización, la prestación de los servicios, se orientó fundamentalmente a la atención de la demanda de métodos quirúrgicos en grandes multíparas con antecedentes de abortos repetidos. Al aprobarse en 1977 el Plan Nacional de Planificación Familiar y corresponderle al IMSS la parte mayoritaria de las acciones que habrían de realizarse, el H. Consejo Técnico del Instituto acordó la creación de la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar, con hincapié en el carácter prioritario que la institución le dio al programa respectivo. (PNPF 1977)

En el programa de planificación familiar en sus primeras etapas, prevaleció un enfoque demográfico, en el sentido de armonizar el crecimiento de la población, con la expectativa del desarrollo económico y social del país, orientado a promover el uso de los métodos anticonceptivos para regular el tamaño de la familia, y los medios masivos de comunicación desempeñaron un papel importante en la difusión de estos mensajes a la población. El programa desarrolló, en la promoción y en la prestación de los servicios de planificación familiar, una transición del enfoque demográfico, a la aplicación del enfoque de salud y riesgo reproductivo, el cual inició en el IMSS en el año de 1983. La comunicación educativa interpersonal cobró mayor importancia, ante la necesidad de proporcionar información y orientación más específica en materia de planificación familiar y de protección anticonceptiva, en función de las condiciones y de los factores de riesgo reproductivo propios de cada persona.

A efecto de reforzar el programa y evitar la omisión en la entrega de métodos anticonceptivos previo al egreso hospitalario, se crea a partir de 1989, la plaza de Subjefe de Enfermeras abocada al Programa de Planificación Familiar en hospitales, con un indicador de 2,500 eventos obstétricos por año y/o 70 camas. Estableciendo acciones coordinadas con el personal operativo y a su vez, siendo el enlace con las jefaturas de área, la dirección de la unidad médica y el nivel delegacional.

Siendo las acciones sustantivas de la subjefe de enfermeras en planificación familiar: identificar la cobertura anticonceptiva postevento obstétrico, puérperas no protegidas y causas de no protección; verificar la confiabilidad de los registros fuente; participar en el proceso de logística (abastecimiento, distribución y consumo de métodos anticonceptivos); intervenir en el proceso de comunicación educativa; realizar análisis de resultados de los procesos de salud reproductiva y participar en la capacitación e investigación operativa relacionadas con la salud reproductiva.

Como culminación de este proceso de comunicación educativa, se llegó, en 1990 a la incorporación de las técnicas de consejería en salud reproductiva a la promoción y la prestación de los servicios de planificación familiar, a fin de lograr la obtención del consentimiento informado de cada persona en la adopción de un método anticonceptivo. (IMSS 1999)

Es precisamente la subjefe de enfermeras asignada a cada hospital, la responsable de organizar, coordinar y difundir cursos de consejería en salud reproductiva y planificación familiar, los cuales van dirigidos al personal médico, enfermería y trabajo social, revistiendo un carácter prioritario acorde con el enfoque actual de salud reproductiva, con el objetivo de fortalecer la participación del personal de salud en este proceso educativo. Para lograr el cambio deseado es necesario el compromiso con la educación del usuario. (Gómez 2000)

Un avance cualitativo importante del Programa de Planificación Familiar, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, es la promoción y protección de la salud materno-infantil, que permite la procreación en edades más favorables de la vida reproductiva de la mujer, un adecuado espaciamiento de los hijos, y que evita los embarazos de alto riesgo. Se ha dado prioridad a la protección anticonceptiva posparto y post aborto por considerar que la protección anticonceptiva de este grupo de mujeres tiene un carácter muy claro de indicación médica para la protección de la salud, bien sea para espaciar adecuadamente un próximo embarazo o para evitarlo de manera definitiva, tomando en cuenta que una gran parte de las mujeres sólo asiste a las unidades médicas para la atención de un parto o de un aborto, son pocas las mujeres que utilizan en forma adecuada los servicios de salud para el control prenatal. (Martínez 1996)

En un estudio realizado por una enfermera en Monterrey, menos de la cuarta parte de la población acudió a control prenatal. (Garza 2003) La protección anticonceptiva posparto transcesárea y postaborto, incide de manera importante sobre los programas de planificación familiar y por ello se ha tratado de defender este tipo de acciones (Thowsend 1990). Además, de esta manera se pueden aprovechar los recursos humanos y materiales ya existentes en las unidades toco quirúrgicas (Moran 1992).

Se determinó que los criterios e indicadores de evaluación de las acciones realizadas y las estrategias para incrementar la cobertura requerida, fueran la protección anticonceptiva post parto y post aborto como una indicación médica precisa en la atención integral de la salud materno-infantil. Respecto a la metodología, se acordó la conveniencia de la indicación del dispositivo intrauterino en el post parto inmediato, de preferencia post placentario, o la oclusión tubárica bilateral, y excepcionalmente el uso de hormonales en mujeres que no lacten.

Se destacaron como indicadores básicos la cobertura en relación con los egresos por concepto de atención obstétrica, por parto y aborto y a la adecuada selección de los métodos utilizados. La meta propuesta es llegar a la cobertura del 80% con lo que se pretende incidir en la salud de la mujer. La fijación de metas desempeña un papel central en el proceso de trayectoria y objetivos para el desempeño exitoso, tanto a corto como a largo plazo, ofrece un indicador de cumplimiento de normas de desempeño, los pasos en torno a la fijación de metas representan una parte importante del proceso de liderazgo, (Davis 1991) así como implementar prácticas directivas que permitan incrementar la productividad (Cole 2005). Dado que los recursos suelen ser inferiores a las necesidades, se requieren procesos efectivos que garanticen al máximo el aprovechamiento de los recursos (Sánchez 1999).

En el terreno del liderazgo, la investigación administrativa es muy escasa y depende en gran medida del conocimiento importado, en su mayoría de origen norteamericano, que representa el 68% del acervo cultural; sin embargo las nuevas condiciones económicas de apertura comercial están forzando a las creaciones propias (León 2001). Con el aumento en la demanda de los servicios de planificación familiar y otros de salud reproductiva, los directores de programas y las autoridades encargadas del establecimiento de políticas, están haciendo todo lo posible por aprovechar al máximo los limitados recursos con que cuentan las instituciones (Shane 1998).

Los coordinadores de programas de salud necesitan información sobre la variación de los costos en la prestación de servicios (Walker 2004). Un número cada vez mayor de países debe hacer frente al desafío del rápido aumento de los gastos de atención de la salud, tanto en el sector público como en el privado. En algunos países, los gastos sanitarios han aumentado en pocos años desde el 3-5 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) hasta el 8-10 por ciento. Desde la década de los sesentas, el porcentaje del PIB destinado a los servicios de salud no ha dejado de aumentar en los países desarrollados. La misma tendencia se observa en otros países. Argentina gasta actualmente en atención de la salud un porcentaje de su PIB mayor que el correspondiente a Canadá, país que durante años estuvo por debajo de los Estados Unidos. (Ginebra 1998)

El sistema de salud alemán, como el de muchos otros países, ha estado sufriendo una transformación, caracterizada por un mayor énfasis en el uso eficiente y racional de los recursos disponibles. En los años ochenta, Alemania logró mantener sus gastos de salud en una cifra estable cercana a 8,7% del PIB, sin sacrificar la cobertura universal de los servicios ni hacer cambios estructurales o alterar el modelo de financiamiento. A principios de los años noventa, sin embargo, los gastos aumentaron a 9.1% del PIB y con ello surgió la necesidad de encontrar formas de racionalizar y controlar los costos. (Rev.Pan.Sal. 1997).

Por tal motivo se ha incrementado el interés por parte de los gobiernos y de las instituciones de salud de implementar la investigación operativa a fin de reducir costos, o bien optimizar los recursos económicos. El abordaje empleado en los estudios de evaluación económica incluyen; los estudios de costos, costo-efectividad, costo-beneficio y costo-utilidad. En el primer caso el análisis contempla la estimación económica exclusivamente, en tanto en los restantes tres se evalúa también la consecuencia de al menos 2 alternativas. En la evaluación costo efectividad la consecuencia se mide en años de vida ganados, el costo beneficio en pesos ahorrados y el costo utilidad en calidad de vida (Drumond 1991).

La reducción de costos puede lograrse de diversas formas. Entre las estrategias que se han usado eficazmente figuran: reducir el excedente de capacidad en los sistemas de prestación de servicios y reducir a un mínimo los procedimientos innecesarios. (Network 1998). Cahuana (2004) compara el costo de los servicios de salud materno-infantil empleado en la secretaria de salud en el estado de Morelos, con el modelo de atención propuesto por la OMS "madre-bebe", el cual resulta dos veces mayor. La necesidad de elevar la eficiencia, a fin de mejorar la prestación de servicios a la población, exige que los recursos sean asignados a las mejores alternativas disponibles. Villarreal (2002) menciona la importancia del uso racional de los recursos asignados a los sistemas de salud.

Los estudios sobre la eficiencia de los servicios de salud se basan en la determinación de los costos económicos con el objeto de otorgar atención médica y obtener mejores resultados. (Villanueva 2001) Un estudio costo-beneficio realizado en el hospital de especialidades de la ciudad de Veracruz justifica el beneficio mediato, al paciente y la institución en la oportunidad de una intervención médica. (González2000)

Un análisis de costos puede ser útil cuando se dispone de un monto reducido y fijo para la inversión, que obliga a elegir la opción de menor costo. Un análisis de costos de planificación familiar podría servir para tomar decisiones importantes acerca del programa de planificación familiar, o incluso para comparar los beneficios de éste. (Rodríguez 2000) Los estudios de costos deben considerar todos los recursos en cuestión, especialmente el uso del personal. Un estudio realizado en los Estados Unidos comparó los costos de 15 métodos anticonceptivos diferentes, con los costos de salud que implicaba el no usar ningún método, y se observó que todos los métodos eran menos costosos al compararlos con los embarazos involuntarios que ocurrían cuando no se usaba. (Network 1998)

En Gran Bretaña un estudio observó un resultado análogo, y notificó que todos los métodos anticonceptivos producían ahorros netos al Servicio Nacional de Salud porque los servicios de planificación familiar son menos costosos que todos los resultados de los embarazos no planificados, y que se obtenían más ahorros al evitar el sustento de ingresos y la prestación de asistencia social, resultantes de embarazos no planificados (MacGuire 1995). En Brasil, una empresa privada de mantenimiento de la salud denominada PROMEDICA, realizó un estudio de costo, y encontró que por cada dólar invertido en servicios de planificación familiar, después del parto se ahorraban 2.80 dólares en servicios relacionados con el embarazo. La adopción de métodos de planificación familiar después del parto también redujo el número de visitas al hospital relacionadas con el embarazo durante los 21 meses siguientes al nacimiento del último hijo (Shane1998).

Un análisis de costo-beneficio realizado en México, examinó si los servicios de planificación familiar del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) le ahorraban dinero al reducir la carga que recaía en los servicios de salud materno- infantil. Se empleó datos de costos de 37 hospitales y 16 consultorios del IMSS.

El estudio reveló que por cada peso que el IMSS gastaba en servicios de planificación familiar para la población urbana durante un período de 12 años, se ahorra nueve pesos en servicios de salud materno-infantil, pues la planificación familiar había evitado 3,6 millones de nacimientos durante el período de estudio. (Northman 1986) Cabe señalar que en muchos países, las prácticas del sector de la salud despertaban, hasta hace poco, escaso interés y que esto se refleja en la ausencia de estudios publicados en esta materia. La identificación y contención del costo en el otorgamiento de servicios de salud, son aspectos poco estudiados en países de ingreso medio. (Arredondo 1997) Es necesaria la implementación de estrategias asistenciales más eficaces en relación al costo para los servicios de planificación familiar. (Routh 2001)

La efectividad en función del costo es un tema importante para los directores de programas que están tratando de sacar el mayor provecho de los recursos de que se disponen sin reducir la calidad en los servicios, resulta conveniente en la administración de los servicios de salud, la evaluación sistematizada de la calidad de atención con relación al costo. (Suriano 2003).

2.6 Hipótesis y variables

Hipótesis:

El diferimiento de la aplicación de DIU y realización de OTB se traduce en la elevación del costo de la atención.

Variables:

Dentro de las variables que se tomaron en cuenta para este estudio se incluyó la edad de las pacientes, sus antecedentes obstétricos, el tipo de evento obstétrico que presentó, es decir, parto, aborto, o cesárea, método de planificación familiar solicitado (OTB o DIU), unidad de medicina familiar de adscripción, hospital de segundo nivel correspondiente, costo de la intervención educativa, costo de la estructura técnico administrativa y costo de la capacitación al personal.

III. METODOLOGIA

3.1 Diseño

Estudio de costos

3.2 Población de estudio

Pacientes egresadas del Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social, atendidas de parto, cesárea o aborto a las cuales no se les aplicó el método anticonceptivo

3.3 Criterios de selección

3.3.1 Criterios de inclusión

Se incluyó en el estudio a las pacientes que cuentan con consentimiento informado de planificación familiar aceptando OTB o DIU, atendidas en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social, procedentes de cualquier Unidad de Medicina Familiar del área metropolitana.

3.3.2 Criterios de exclusión

Quedaron excluidas las pacientes que perdieron su vigencia de servicios durante el tiempo del estudio.

3.4 Material

Se empleó para recabar la información una cédula guía elaborada por el investigador, expedientes clínicos, y formatos oficiales de registro de intervenciones quirúrgicas, partos, productos y abortos, formato de consentimiento informado y hoja de alta.

3.5 Procedimientos

Se efectuó la revisión diaria de los expedientes de las pacientes egresadas de parto, cesárea y aborto. Identificando aquellas que solicitaron DIU y OTB por medio del documento de consentimiento informado y que no existía contraindicación médica para otorgarse. Se elaboró una cédula guía para la recolección de la muestra de los registros y estos fueron tomados de la hoja de intervención quirúrgica (forma 4-30-27), de partos productos y abortos (forma 4-30-6B) y el expediente clínico (congruencia de nota post-quirúrgica con hoja de alta).

Una vez identificadas las pacientes a las cuales no se les otorgó el método que solicitaron (OTB o DIU), se realizó un seguimiento de cada caso en los siguientes seis meses después de su alta hospitalaria, en la unidad de medicina familiar de adscripción, y en los hospitales de segundo nivel correspondientes, para verificar si acudió o no a recibir el método deseado. Se calculó el costo del diferimiento en la aplicación del método anticonceptivo solicitado, de acuerdo a la siguiente metodología:

Costos de Atención Prenatal.

Se registró el número de consultas para el control prenatal registradas en el expediente clínico. Considerando que el 20% de la atención de la consulta prenatal corresponde a la realización de actividades educativas relacionadas con su riesgo reproductivo, las cuales van encaminadas a la aceptación de un método anticonceptivo en el puerperio inmediato. Este porcentaje fue determinado por las autoridades institucionales.

Se tomaron los costos unitarios institucionales, de atención médica vigentes al 2004. \$414.00 pesos para la consulta de primer nivel de atención, \$657.00 pesos para la consulta de segundo nivel y \$1,051.00 pesos para la consulta en tercer nivel. Se multiplicó el número de consultas por el porcentaje dedicado a la aceptación del método y por el costo de la consulta, para cada uno de los niveles de atención en donde se generó la consulta.

Costo de Capacitación

Durante el 2003, la Delegación Jalisco capacitó personal médico, de enfermería y trabajo social, mediante el curso de Consejería en Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Esto con la finalidad de impactar en la aceptación de metodología anticonceptiva en el puerperio inmediato mediante las entrevistas educativas brindadas a la paciente durante su atención prenatal. Se tomó como base el sueldo mensual integrado de cada categoría sin los conceptos de antigüedad, ni estímulos de puntualidad y asistencia. En lo concerniente a becas, se contempló el sueldo del personal sustituto, no así en las comisiones, debido a que no se cubre el ausentismo.

Costo de atención posterior al puerperio para la aplicación del método.

Se registraron el número de consultas otorgadas a las pacientes que regresaron a la Unidad de Medicina Familiar o al Hospital de segundo nivel de atención a recibir el método inicialmente solicitado. Se multiplicó el número de consultas por el costo de la consulta. En el caso del DIU, no se contempló el costo del método, debido a que éste estaría incluido en la atención del evento obstétrico, en caso de habersé aplicado durante el puerperio inmediato.

Para determinar el costo de atención posterior al puerperio para la realización de la OTB, se multiplicaron el número de consultas por el costo de ellas, se sumó al número de estudios de laboratorio, por el costo de ellos, y se sumó al costo de la intervención quirúrgica.

3.6 Análisis de datos

Para la realización del análisis estadístico se emplearon promedios, porcentajes y desviación estándar, los cuales son la base para realizar el análisis de costos. Para el procesamiento de la información, se integró la Base de datos en SPSS-10, y se utilizó de manera alternativa el programa Excel.

3.7 Ética del estudio

El presente trabajo de investigación cumple con lo estipulado en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, que lo clasifica en investigación tipo I sin riesgo, ya que se utilizaron técnicas y métodos de investigación documental, en el que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales en los individuos que participan en el estudio. Así como también cumple con lo estipulado, por tratarse de una investigación a desarrollarse en una institución de atención a la salud, se sometió a revisión ante el Comité Local de Investigación Científica y de Ética del Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual dictaminó su aprobación para su ejecución.

IV. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 Estadística Descriptiva

En el Hospital de Gineco-Obstetricia se atienden pacientes de la región occidente del país que presentan complicaciones relacionadas con el embarazo, o problemas fetales conocidos o presuntos. Dentro de las causas de no protección anticonceptiva en el puerperio inmediato, se encuentran: la contraindicación médica, las causas atribuibles a la paciente y las causas atribuibles a la unidad médica. Incluidas en estas últimas, el diferimiento del método posterior al puerperio, que en el 2001 fue del 21%, en el 2002 del 57% y en el 2003 del 56%.

Las pacientes a las cuales se les difirió el método solicitado (DIU y OTB) del 26 marzo al 25 de diciembre del 2003 fueron 99. De las cuales 27 tenían adscripción fuera del área metropolitana, 10 perdieron su vigencia de servicios médicos durante el tiempo del estudio, y no se encontró el expediente de 6 pacientes (2 pacientes pertenecientes a la UMF N° 2 y 4 pacientes pertenecientes a la UMF N° 3) Por lo tanto la muestra quedo conformada por 56 pacientes, adscritas a las siguientes Unidades de Medicina Familiar, y Hospital de 2° nivel de atención, correspondiente. (cuadro 1)

Cuadro 3.1

Distribución de Pacientes por Unidad de Medicina Familiar y Hospital de 2° Nivel de Atención.

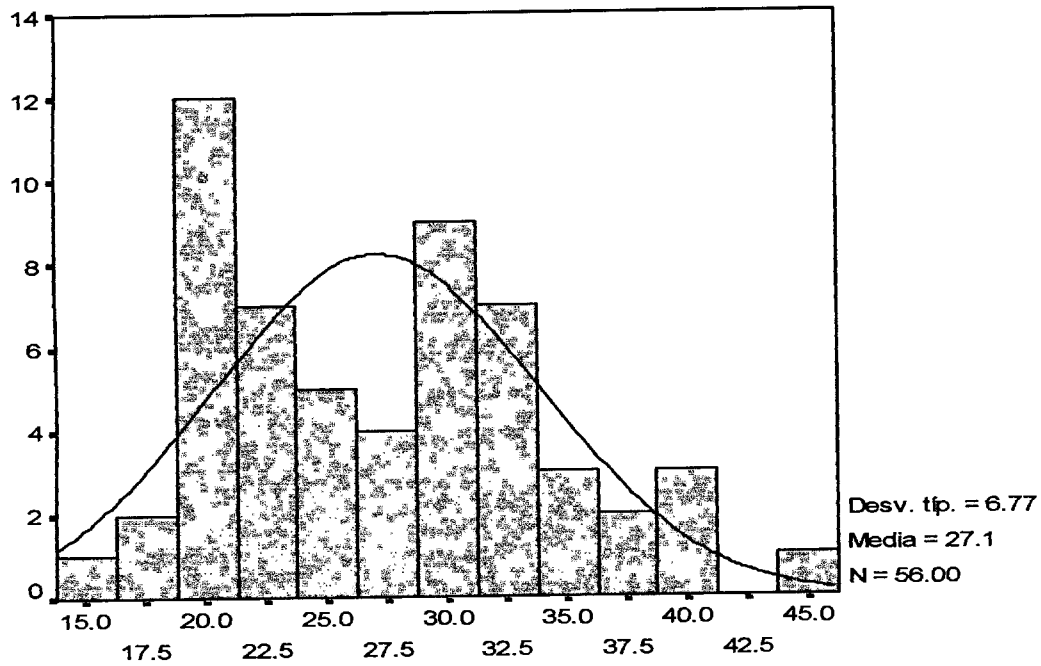
HOSPITAL DE 2° NIVEL	46	45	89	45	46	46	110	46	45	45	110	89	110	45	46	110	89	TOTAL
UMF	1	2	3	4	34	39	48	49	51	53	54	55	78	79	92	93	171	
N° DE PACIENTES	2	4	12	2	7	1	3	3	4	1	1	1	2	1	4	5	3	56

Fuente: Expediente clínico.

El rango de edad de las pacientes estudiadas fluctuó, entre los 15 y 45 años, siendo el promedio los 27 años, con una desviación estándar de 6.7. (figura 2)

Figura 4.2

Edad de las pacientes diferidas.

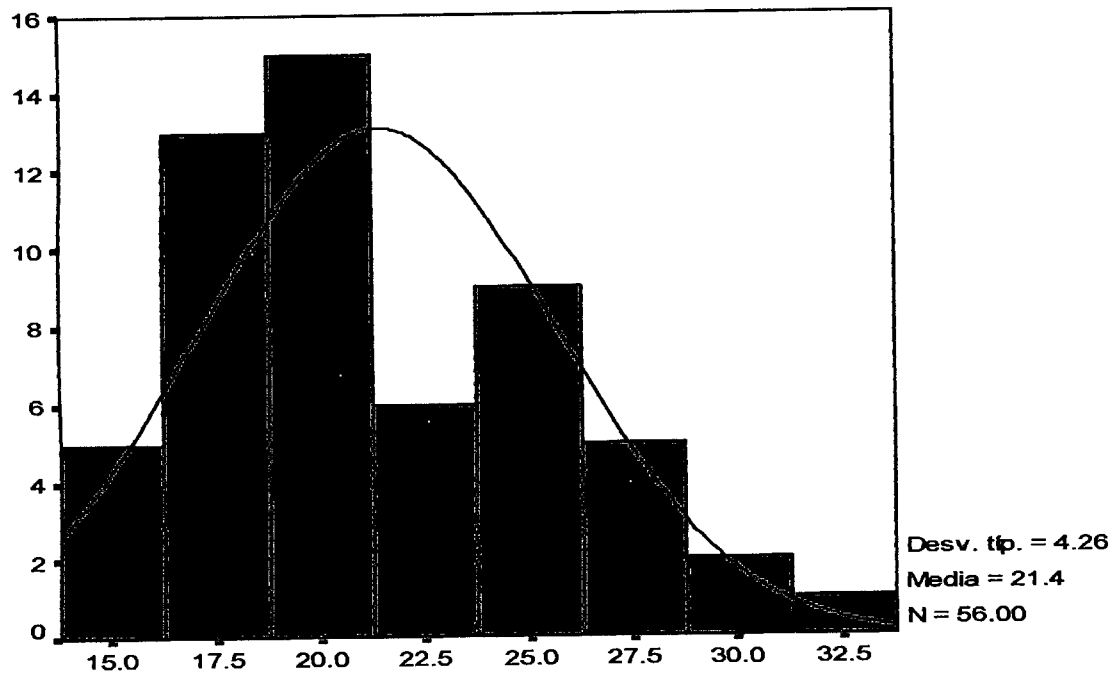


Fuente: Expediente Clínico

En promedio, iniciaron vida sexual a los 21 años \pm 4.2. (figura 3)

Figura 4.3

Inicio de vida sexual de las pacientes diferidas

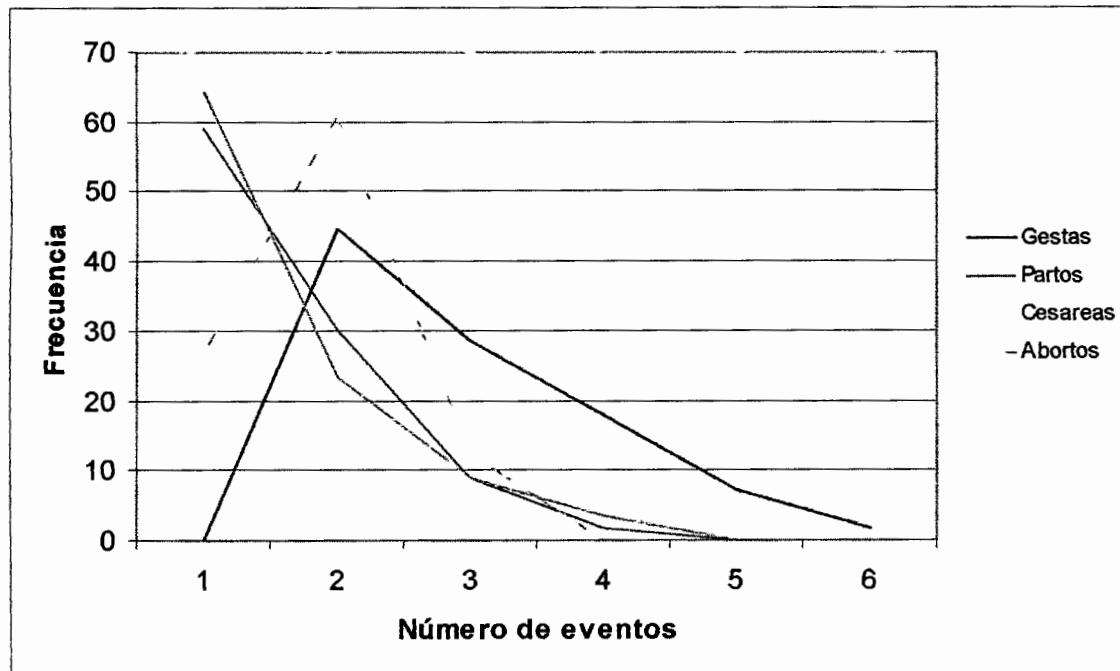


Fuente: Historia clínica.

En cuanto a los antecedentes obstétricos, para el 45% de las pacientes era su primera gesta, para el 29% la segunda, la tercera para el 18%, la cuarta para el 7% y la quinta gesta para el 2%. El 59% no habían tenido partos, el 30% uno, el 9% dos partos, y el 2% tres partos. 27% de las pacientes no habían tenido ninguna cesárea, 61% tenían el antecedente de una cesárea y el 13% dos cesáreas. El 64% no tenían antecedentes de aborto, el 23% habían tenido un aborto, el 9% 2 abortos, y el 4% 3 abortos (figura 4).

Figura 4.4

Antecedentes obstétricos de las pacientes diferidas.

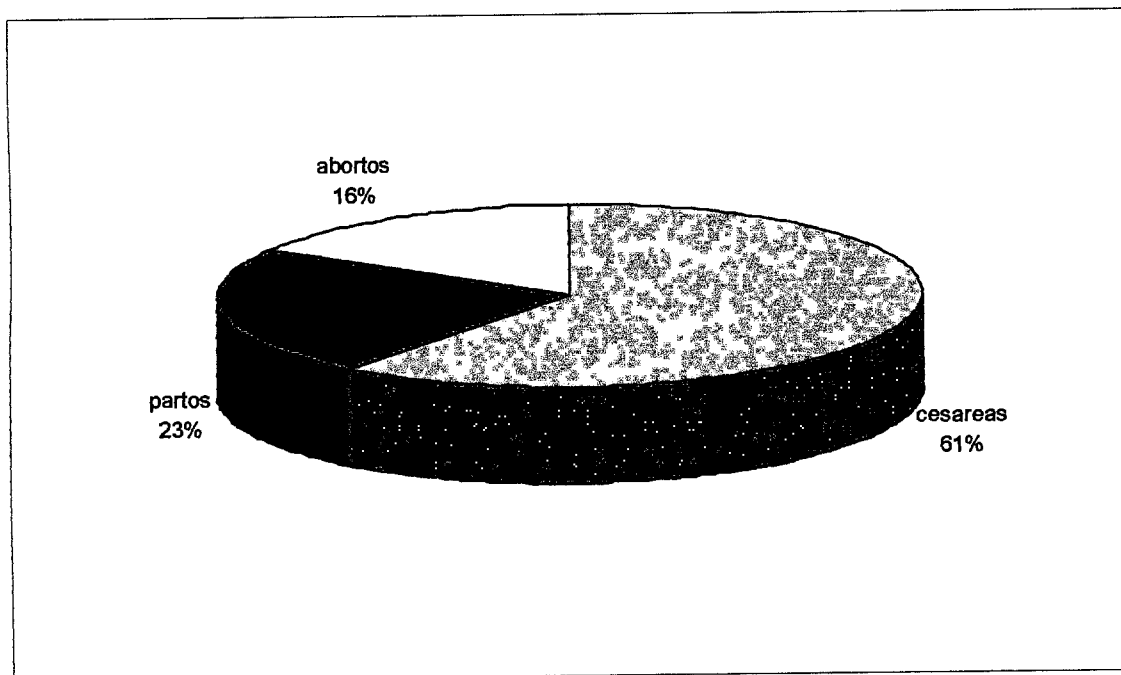


Fuente: Historia clínica.

El 93% de estas pacientes tenían un alto riesgo reproductivo, además de contar con alguna patología agregada al embarazo, siendo las más frecuentes la diabetes mellitus, la hipertensión arterial inducida por el embarazo, el hipertiroidismo y la preclampsia severa. De acuerdo al tipo de evento obstétrico por el cual fueron atendidas, 9 (16%) fueron abortos, 13 (23%) partos y 34 (61%) cesáreas (figura 5).

Figura 4.5

Pacientes Diferidas de acuerdo al Tipo de Evento Obstétrico.

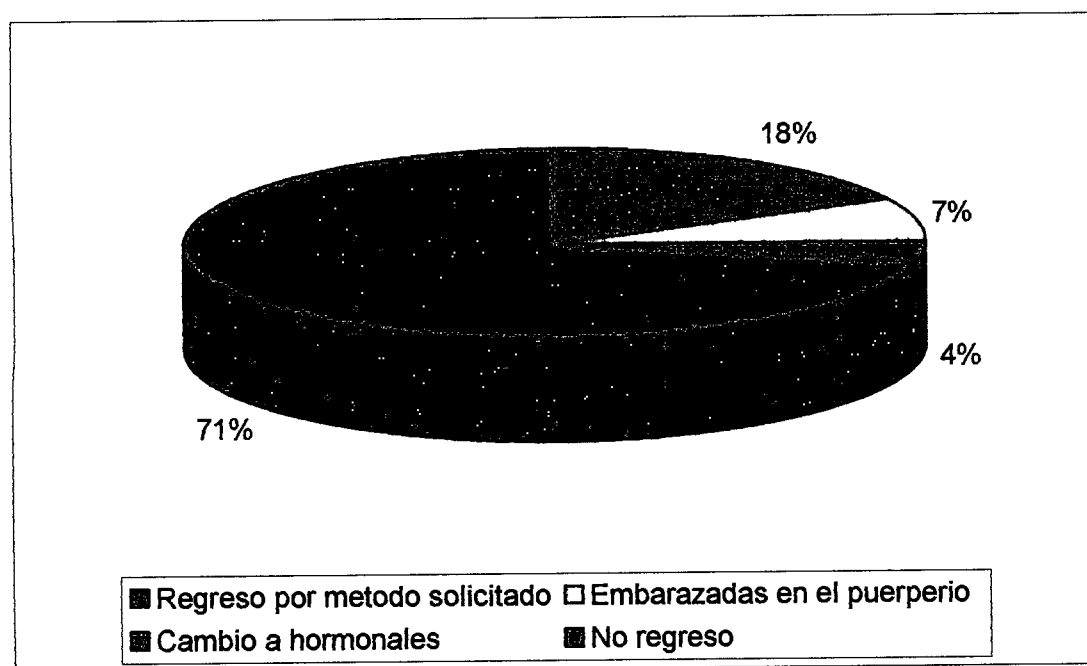


Fuente: Expediente clínico.

De las 56 pacientes que conformaron el estudio, 4 solicitaron OTB y 52 la colocación de DIU. El 71% de las pacientes no regresaron por el método solicitado, al 18% se le aplicó el método solicitado inicialmente, 3% cambiaron a un método de menor continuidad (hormonales) y el 7% regresaron embarazadas en el puerperio (figura 6).

Figura 4.6

Comportamiento Observado Posterior al Puerperio.



Fuente: Expediente clínico.

El costo de aceptación del método por paciente en la atención prenatal fue de \$795.73 pesos (cuadro 2).

Cuadro 3.2

Costo de Aceptación del Método en Atención Prenatal

	Promedio de consultas por paciente	% de consulta dedicado a salud reproductiva y planificación familiar	Costo de la Consulta	Costo de Atención en aceptación de método
Primer Nivel de Atención				
Medico Familiar	3.34	0.2	414.00	276.49
Enfermera Materno Infantil	0.45	0.2	414.00	37.26
Segundo Nivel de Atención				
Médico Gineco-Obstetra	1.30	0.2	657.00	170.82
Enfermera Prenatal de Hospital	0	0.2	657.00	0
Tercer Nivel de Atención				
Médico Gineco-Obstetra	1.48	0.2	1,051	311.55
Costo Total				795.73

Fuente: Expediente clínico.

En cuanto a la capacitación en Consejería en Salud Reproductiva y Planificación Familiar, se efectuó mediante becas y comisiones, lo que generó un costo de 323.522 pesos. Durante el 2003 se realizaron 81,463 entrevistas educativas en salud reproductiva y planificación familiar, que de acuerdo con el costo en capacitación corresponde a \$3.97 pesos por entrevista (cuadro 3).

Cuadro 3.3

Costo por Capacitación en Consejería en Salud Reproductiva y Planificación Familiar

Personal Capacitado	Sueldo	Comisiones	Becas	Costo de comisiones	Costo de Becas	
Asistente médica	4,322	3	0	3,242	-	
Trabajo social	5,195	2	7	2,597	18,181	
Jefe de Enfermeras	10,599	1	0	2,650	-	
Subjefe de enfermeras	9,937	4	0	9,937	-	
Jefe de Piso	8,537	4	6	8,537	25,611	
Enfermera especialista	7,157	3	5	5,368	17,893	
Enfermera General	6,376	38	32	60,570	102,012	
Auxiliar de Enfermería	5,414	16	7	21,658	18,950	
Auxiliar de Enfermería en salud Pública	5,414	8	0	10,829	-	
Medico Familiar	12,391	4	0	12,391	-	
Medico No familiar	12,391	1	0	3,098	-	
Total				140,875	182,647	323,522

Fuente: Departamento de personal y Coordinación Delegacional de Salud Reproductiva IMSS.

Las pacientes que regresaron a su Unidad de Medicina Familiar, después del evento obstétrico, a recibir el otorgamiento del método solicitado inicialmente, fueron 10. De las cuales 9 solicitaron la aplicación de DIU y 1 la realización de OTB. Para el otorgamiento del DIU se proporcionaron 19 consultas. En el caso de la OTB, una consulta en segundo nivel de atención, además de la realización de nuevos estudios paraclínicos preoperatorios y el costo de la intervención quirúrgica, lo que generó un gasto de \$13,741.54 pesos (cuadro 4).

Cuadro 3.4

Costo de la Atención Posterior al Puerperio en Método Diferido.

	Promedio de consultas por paciente	Nº de estudios de laboratorio	Costo del estudio	Costo del Método	Costo de la Consulta	Total
DIU	2.11	-	-	-	414	873.54
OTB	1	5	64	11891	657	12,868.00
Costo Total						13,741.54

Fuente: Expediente clínico.

De acuerdo con los costos totales de la atención prenatal para la aceptación de un método, la capacitación al personal para la educación al usuario, y la atención posterior al puerperio, para el otorgamiento del método de planificación familiar inicialmente solicitado, el costo total del diferimiento fue de \$1,673.24 pesos para el DIU, y de 13,667.70 para la OTB (cuadro 5).

Cuadro 3.5

Costo Total del Diferimiento del DIU y OTB.

	DIU	OTB
Costo en la atención prenatal	795.73	795.72
Costo por capacitación	3.97	3.97
Costo en la atención posterior al puerperio	873.54	12,868.00
Costo Total	1,673.24	13,667.70

Fuente: Expediente clínico, Departamento de personal y Coordinación Delegacional en Salud Reproductiva. IMSS

En la Delegación Jalisco, durante el 2003 se atendieron, 51,542 eventos obstétricos (partos, cesáreas y abortos), de los cuales no se protegieron por causas atribuibles a la unidad médica, a 4,569 pacientes, de éstas el 76% (3,474) fue por diferimiento para la aplicación del método. En la Región Occidente 11,586 pacientes (y 25,574 a nivel nacional) no fueron protegidas por causas atribuibles a la unidad médica. No se cuenta con los datos de pacientes diferidas en la región y en la nación, pero si se repitiera el comportamiento observado en la Delegación Jalisco, en proporción; 8,805 pacientes corresponderían al diferimiento en la Región Occidente, y 19,436.24 a nivel Nacional. De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, el 10% de los métodos diferidos corresponde a OTB y el 90% al DIU, y aplicando los costos por diferimiento de estos métodos; el costo por diferimiento en la Delegación Jalisco es de 9'974,913 pesos, en la Región Occidente 25'288,003 pesos y de 55'836,707 pesos en la Nación. (cuadro 6)

Cuadro 3.6

Proyección Delegacional, Regional y Nacional del Costo por Diferimiento de Protección Anticonceptiva.

	N° de Métodos Diferidos	Costo del Diferimiento	Costo por Método Diferido	Costo Total
Delegación Jalisco				
DIU	3,127	1,673.24	5'233,221	
OTB	347	13,667.70	4'742,691	
				9'974,913
Región Occidente				
DIU	7,925	1,673.80	13'260,427.00	
OTB	880	13,668.00	12'027,840.00	
				25'288,003
Nacional				
DIU	17,493	1,673.80	29'279,783.00	
OTB	1,943	13,668.00	26'556,924.00	
				55'826,328

Fuente: Coordinación Delegacional en Salud Reproductiva y Coordinación Nacional en Salud Reproductiva. IMSS

4.2 Resultados de las pruebas e hipótesis

En este caso se comprobó que el diferimiento del método anticonceptivo en el puerperio inmediato incrementó el costo de la atención a la mujer en edad fértil. Y paralelamente a ello se identificó que la eficiencia en el costo de los recursos asignados para la atención de esta población no fue la ideal, lo cual para un sistema de salud inmerso en la dinámica económica representa un cuestionamiento. Con estos resultados se puede decir que la hipótesis planteada es verdadera.

4.3 Discusión

En el manejo del problema que representa omitir la protección anticonceptiva como estrategia clave en la protección del riesgo reproductivo de la mujer, es necesario emplear los estilos de liderazgo acordes con la madurez del grupo al cual se dirige y que además ofrezca la posibilidad de alcanzar los objetivos trazados. En el caso concreto del programa de planificación familiar, pese a que éste es coordinado y evaluado operativamente por la subjefe de enfermeras, no se logran los resultados esperados, debido a que la parte final del proceso, es decir el otorgamiento del método, le corresponde al médico. Se requiere de un cambio fundamental en la organización, para poder aprovechar plenamente las ventajas que ofrecen la estrategia, capacidad humana y cercanía con el usuario. Por consiguiente es fundamental un cambio en el estilo de gestión, implementando un liderazgo participativo para la calidad, ya que ésta es responsable del sistema y sus resultados.

Observar las diferentes acciones que realiza el equipo de salud que interviene en la atención prenatal, las generadas por el diferimiento, la inversión en capacitación del personal y la estimación de costos por diferimiento en el otorgamiento de metodología anticonceptiva, permite tener una aproximación más real de la problemática. Realizar un seguimiento de cada caso en particular ofrece; por una parte, evaluar la calidad de atención, en la satisfacción de las demandas de atención de la usuaria y por otro lado, conocer el costo extra generado al no satisfacer dicha demanda de manera inmediata.

No se encontró un parámetro en la normativa institucional, para determinar el tiempo que se debe dedicar en la atención prenatal, para la obtención del consentimiento informado de un método anticonceptivo, por lo que se realizó un consenso con las autoridades institucionales a cargo del proceso. Los costos vigentes al 2004, que fueron utilizados en este estudio fueron determinados por la institución, los cuales contemplan gastos de personal, infraestructura e insumos.

En el costo de la capacitación al personal, no se incluyó el sobresueldo por antigüedad, debido a que el personal que asistió a capacitarse, y el personal sustituto, tienen diferente antigüedad. Bajo este criterio fueron excluidos también los estímulos de puntualidad y asistencia. En cuanto al costo posterior al puerperio para la aplicación del método, se consideró necesario contemplar las consultas generadas para tal efecto, así como nuevos estudios de laboratorio realizados y, en el caso de la OTB, el costo de la intervención quirúrgica. Dentro de las causas de no aceptación de protección anticonceptiva, las atribuibles a la Unidad Médica son factibles de ser modificadas, si se toman acciones correctivas.

Debido a que el Hospital de Gineco-Obstetricia, que presta sus servicios a pacientes de alta especialidad, es un hospital de concentración, que atiende pacientes del área conurbada, foránea y de otros estados, se incluyeron pacientes provenientes de diversas unidades de medicina familiar. Las pacientes estudiadas, fueron pacientes en edad reproductiva, la mayoría de ellas con el antecedente de por lo menos una cesárea, y con alto riesgo reproductivo, motivo por el cual, gran parte de las pacientes diferidas fueron atendidas por cesárea. Pertener a la seguridad social reduce los gastos por atención directa de los pacientes, pero no reduce los gastos complementarios, que pueden resultar onerosos (Rocha 2003).

En el presente estudio se calculó el costo extra generado por el diferimiento por parte de la institución, sin embargo no se contemplaron los costos indirectos, ni los generados por las pacientes embarazadas en el puerperio, así como de aquellas que no regresaron, y que son susceptibles de un embarazo posterior, con sus respectivas complicaciones dado su riesgo reproductivo, además de las consecuencias de salud resultantes de un embarazo no deseado. (Langer 2002) Esto puede ser motivo de nuevos estudios, ya que no se encontró publicaciones que estudiaran el efecto económico del diferimiento de la protección anticonceptiva, por lo que se consideran relevantes los resultados obtenidos.

El número de asistentes a los cursos de consejería en salud reproductiva y planificación familiar, así como el número de comisiones — a diferencia de las becas —, incide en la disminución del costo por capacitación. Pese a que podría parecer poco significativo el costo generado por diferimiento en la atención médica, al proyectar este costo a una magnitud mayor dentro de la institución, nos permite valorar la importancia de evitar los diferimientos poco justificables, tomando en cuenta además, el impacto en las condiciones de salud de la población a la cual presta sus servicios.

El registro específico de los motivos de no protección, principalmente los atribuibles a la unidad médica, así como los registros completos en el expediente clínico, sería de gran utilidad, ya que permitiría la obtención de información para la realización de investigaciones posteriores. La salud reproductiva es un asunto de interés mundial, como lo indican las tasas de mortalidad materna y perinatal.

Es también un asunto de desarrollo humano, debido a la importancia de la mujer para la estabilidad social y económica de los países, en este sentido la responsabilidad que recae en los prestadores de servicios de salud, involucrados en este proceso, es enorme. Disminuir los riesgos de salud en la atención materno infantil, desde el enfoque económico, es traducido en costos.

La inversión que se efectúa en apoyo a programas prioritarios, resulta poco redituable si no se culminan las acciones del servicio que demandan las usuarias. El uso eficiente de los recursos disponibles en materia de salud es un compromiso ineludible, si se orientan las acciones a la calidad en servicio. Los resultados obtenidos de los procesos de atención, son indicadores que permiten evaluar la eficiencia de las acciones realizadas, y orientar el curso de acción en la mejora de ellos. Se considera que la información obtenida en esta investigación será de utilidad en la reestructuración de los procesos de atención, con el enfoque de calidad. Lo cual implica el uso eficiente de los recursos institucionales.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

En un entorno en donde cada vez los recursos son más escasos, es esencial elegir entre las distintas alternativas posibles de manera racional, por lo que la evaluación económica es una herramienta imprescindible para la toma de decisiones. Proporcionar calidad en la atención sanitaria implica el uso óptimo de los recursos con los que se cuenta y es responsabilidad de los directivos encaminar sus acciones en este sentido. Por la importancia que representa la atención materna y la muerte perinatal en México, no debe ser desperdiciada la oportunidad de brindar protección anticonceptiva de alta continuidad a la mujer en el puerperio inmediato. El diferimiento no justificado de esta acción incrementa de manera innecesaria los costos de atención, además de dejar inerme a una población altamente vulnerable, lo que se transforma en demandas de atención médica, lo cual es traducido en costos. Los estudios de costos permiten analizar desde el enfoque económico los resultados de las acciones que se realizan en la atención en salud, y lograr mejores resultados en los procesos de servicios de salud.

5.2 Recomendaciones

Impulsar los estudios de investigación operativa que permitan visualizar las áreas de oportunidad para la mejora continua. Consolidar la participación al 100% del personal operativo multidisciplinario involucrado en el proceso de atención obstétrica a fin de decrementar las causas de no protección sin fundamento clínico. Vigilar la suficiencia logística para la oportuna entrega del servicio y evitar la demanda insatisfecha, lo cual se traduce en el incremento innecesario de los costos de atención.

La participación de la enfermera en investigaciones en servicios de salud y evaluación económica sustenta su quehacer administrativo y de dirección de los servicios de enfermería, y válida su interrelación con otras disciplinas en la asistencia sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

Arredondo, A. y T. Damián, 1997. Costos económicos en la producción de servicios de salud: del costo de los insumos al costo de manejo de caso. *Salud Pública Méx.* vol.39(2): 117-124.

Becher, Heiko, Muller, Olaf, Jahn, Albrecht. 2004. Factores de riesgo de mortalidad infantil y en la niñez en una zona rural de Burkina Faso. *Bull World Health Organ.* Vol.82(4): 265-273.

Cacho J.1992. Economía de la salud. Administración de los Servicios de la Salud en Enfermería. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social Organización Panamericana de la Salud. P.71-77

Cahuana, Hurtado, Sosa, 2004. Costo de la atención materno infantil en el Estado de Morelos, México. *Salud Pública Méx.* vol.46(4): 316-325.

Cole D. (2005) Quality of working life indicators in Canadian health care organizations: a tool for healthy, health care workplaces? *Society of Occupational Medicine Oxford University* vol 55(1):54-59

CONAPO. 1996. Indicadores Básicos de Salud Reproductiva y Planificación familiar Consejo Nacional de la Población. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.

Davis K 1991. Comportamiento Humano en el Trabajo. Comportamiento Organizacional. Mc Graw Hill 3:240

Domínguez O. 1992. Manejo de conflictos y criterios en la toma de decisiones. . Administración de los Servicios de la Salud en Enfermería. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social Organización Panamericana de la Salud. P.139-163

Drummond MF. GL. Stoddart, GW. Torrance. 1991. Métodos para la evaluación económica de los programas de atención a la salud. Ed. Díaz de Santos.

Durán I. 1992 Eficiencia en la prestación de servicios de salud. *Salud Pública de México* 46:61

Garza M. E, M.S. Rodríguez, E. Villarreal. 2003. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. *Rev. Esp. Salud Pública.* vol.77(2): 267-274.

García D. J. Reveron J. Castejon. 2004. Calidad total- Higiene y seguridad industrial. Ministerio de Educación Superior. Rep. Boliviana de Venezuela.

Gómez E. 2000. Dispositivo intrauterino en pacientes postparto. Rev. Enferm. IMSS 8(3):125-128

González O. 2000. Costo beneficio en utilización de atéter Mahurkar versus fístula arteriovenosa. Rev. Enferm. IMSS. 8(2):95-99

IMSS 1999. Consejería en Salud Reproductiva y Planificación Familiar Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Instituto Mexicano del Seguro Social. p 9

IMSS 1997. Diseño y Conducción de Proyectos de Investigación en Sistemas de Salud. Dirección de Prestaciones Médicas. 1(3):38

Kotter, P 1990. El factor liderazgo. Díaz de Santos.

Langer, A. 2002. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev Pan Salud Publica. vol.11(3):192-205.

Leon H. 2001. Liderazgo participativo para la calidad. Unidad de Investigación en calidad de atención a la salud. Cuadernos de Divulgación Científica Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social Sección III vol 13 :5-20

McGuire A., D. Hughes.,J. Walsh. 1995. The economics of family planning services. Unpublished paper. London Family Planning Association.

Malthus, R 1982 .Primer ensayo sobre la población. Alianza, Madrid. 52-53.

Martínez L., S. Reyes, M.C.García 1996. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social Salud Pública Méx. vol.38(5): 41-51.

Martínez J. V. Giner. 1985. Planificación familiar y Demografía Médica. Un enfoque multidisciplinario pp. 37

Martínez A. 2000. Diplomado en Investigación en Sistemas de Salud. Material didáctico. IMSS

Mesa 2004 Teoría del Conflicto <http://www.gestiópilis.com>

Moran C., G. Fuentes., F. Amado., H. Higareda., R Bailon, A. Zarate.1992. La práctica de anticoncepcion posparto en hospitales del Distrito Federal Salud Publica de Mexico. 34:1

Network en español.1998. Evaluación de los Costos de la Planificación Familiar vol.18 N°2.

Network en español.1998, El análisis de costos sirve para muchos propósitos. vol.18 N°2.

- Nortman DL., J. Halvas., A. Rabago . 1986. A cost-benefit analysis of the Mexican Social Security Administration's family planning program. *Stud in Fam Plann.* vol.17: 191-6.
- Oficina Internacional del Trabajo Ginebra. 1998. Informe Sobre las Condiciones de Empleo y de Trabajo en el Marco de las Reformas del Sector de la Salud. p 21-25.
- PPPF 1977. Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar. México Plan Nacional de Planificación Familiar.
- Rico, B. 2003. Salud Reproductiva y Políticas Públicas: Avances y Asignaturas Pendientes. Instituto Nacional de Salud Pública pp183.
- Rivera, L., R. Fuentes M.L. Esquinca., C. Albores. 2003. Factores asociados a mortalidad perinatal en el hospital general de Chiapas, México. *Rev. Salud Pública*, vol.37(6): 687-692.
- Rocha, García, A. Hernández, . Ruiz Velasco. 2003. Gasto de hogares durante la hospitalización de menores derechohabientes, con diagnóstico de leucemia, en dos hospitales en México. *Salud Pública Méx.* vol. 45(4):285-292.
- Rodríguez E. 2000. Costos en salud: del análisis contable a la evaluación económica. *Rev. Cienc. Adm. Financ. Secur. Soc.* vol.8(1)7-12.
- Romero A. 2004 Teoría del conflicto social. <http://www.Gestiopolis.com>.
- Romo C.1998 La Mortalidad Materna. Problema de Salud en México. http://sociales.reduaz.mx/revista/mortalidad_materna.htm
- Routh, Subrata, Arifeen, Shams, Jahan, Shamim, Ara. 2001. Adaptarse a los cambios: estrategias alternativas para la prestación de servicios de salud maternoinfantil y planificación familiar en Dhaka (Bangladesh). *Bull World Health Organ*, vol.79(2)142-149.
- Revista Panamericana de la Salud Publica. 1997.Control de costos y del uso irreflexivo de las tecnologías.vol 1(4).
- Ruíz P. 1996. ¿La Eficiencia y la Calidad? o ¿la Calidad y la Eficiencia? Cuaderno de Divulgación Científica 4:43
- Ruíz P. 1997. Programa de Garantía de Calidad. Cuaderno de divulgación científica IMSS. vol 8 (77).
- Sánchez C. 1999. La gestión de enfermería un proceso de formación y capacitación. *Revista de Enfermería del IMSS* 7 (2):121-125
- Sánchez, D. 2000. Proyecto de investigación en salud en América Latina, un horizonte. <http://www.idrc.ca>

Shane B, K. Chalkley , 1998. De la Investigación a la Acción. Como la investigación operativa esta logrando mejorar los servicios de salud reproductiva. Population Referance Bureau p. 30

Suriano B. 2003. Análisis de costos del programa de atención domiciliaria en el paciente crónico. Rev. Enferm. IMSS; 11(2):71-76

Telaranta S. 2002. Opiniones sobre gestión y liderazgo en enfermería. Enfermería Global, Revista electrónica semestral de enfermería. ISSN 1695-6141 PP1-13.

Towsend S. 1990. La anticoncepción postparto: El desarrollo de estrategias para ampliar los servicios. Network. 5:1

Villanueva, H. 2001. Control permanente de la gestión sanitaria por monitoreo de costos mediante acontecimientos indicadores. Rev Panam Salud Publica. vol10(6): 405-412.

Villarreal E., Mathew, A.Quiroz., M.E.Garza. 2002. Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. Salud Pública Méx. vol.44(1): 7-13.

Walker, D., N.R.Mosqueira., M.E.Penny. 2004. Variación de los costos de la prestación de servicios de vacunación sistemática en el Perú. *Bull World Health Organ.* vol.82(9)676-682.

WHO 2001. Maternal Mortality in 1995. World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund.

Zapata J.D. 2003. Dirección.[http://www. Gestiopolis.com](http://www.Gestiopolis.com)

APENDICE

A. Operacionalización de variables

PACIENTE

NOMBRE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE INFORMACION
Edad	Años cumplidos de la paciente.	Cuantitativa discreta	Expediente clínico
Inicio de vida sexual activa	Edad en que la paciente inicia relaciones sexuales	Cuantitativa discreta	Expediente clínico
Antecedentes Obstétricos	Número de gestas, partos, cesáreas y abortos de la paciente.	Cuantitativa discreta	Expediente clínico
Tipo de evento obstétrico	Cesárea, parto o aborto	Nominal	Expediente clínico
Método de planificación familiar solicitado	OTB y DIU	Cualitativa	Expediente clínico
Tiempo de regreso.	Días transcurridos hasta que la paciente regrese a que se le otorgue el método solicitado.	Cuantitativa discreta	Expediente clínico
Unidad de Medicina Familiar	Número de la unidad de medicina familiar de la cual procede la paciente.	Nominal	Expediente clínico

COSTO DE LA ATENCION PRENATAL

NOMBRE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE INFORMACION
Medicina Familiar			
Consulta de Medicina Familiar	Número de consultas otorgadas durante el embarazo en Medicina Familiar	Discreta	Expediente clínico
Porcentaje de la Consulta de Medicina Familiar a Aceptación de Método	Porcentaje del tiempo de la consulta de medicina familiar dedicado a la aceptación de método por parte de la paciente	Discreta	Manual de procedimientos de planificación familiar.
Costo de la Consulta de Medicina Familiar	El costo de la consulta de medicina familiar registrado en finanzas	Discreta	Finanzas
Costo de la Atención en Medicina Familiar a la Aceptación de un Método.	Porcentaje del tiempo destinado a la aceptación de un método por el costo de la consulta en medicina familiar	Discreta	Manual de procedimientos de planificación familiar.
Costo total en medicina familiar a la aceptación de método.	Número de consultas en medicina familiar por el costo de la atención destinada a la aceptación de un método	Discreta	El expediente, finanzas y lo normado.
Enfermera Materno Infantil			
Consulta de enfermera materno infantil.	Número de consultas otorgadas por la Enfermera Materno Infantil durante el embarazo.	Discreta	Expediente clínico
Porcentaje de la Consulta de Enfermera Materno Infantil a la aceptación de un método.	Porcentaje del tiempo de la consulta de Enfermera Materno Infantil dedicado a la aceptación de método.	Discreta	Manual de procedimientos de planificación familiar.
Costo de la Consulta de Enfermera Materno Infantil	El costo de la consulta de Enfermera Materno Infantil registrado en Finanzas del Hospital	Discreta	Finanzas

NOMBRE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE INFORMACION
Costo de la atención en Enfermera Materno Infantil correspondiente a la aceptación de método.	Porcentaje del tiempo destinado a la aceptación de método por el costo de la consulta	Discreta	Manual de procedimientos de planificación familiar y Finanzas.
Costo total en Enfermera Materno Infantil a la aceptación de método	Número de consultas en Enfermera Materno Infantil por el costo de la atención a la aceptación de método	Discreta	Expediente Clínico, Manual de procedimientos de planificación familiar y Finanzas.
Especialidad Gineco-Obstétrica			
Consulta de Especialidad Obstétrica	Número de consultas otorgadas en segundo nivel de atención durante el embarazo.	Discreta	Expediente clínico
Porcentaje de la Consulta de Especialidad Obstétrica a la aceptación de método	Porcentaje del tiempo de la consulta en segundo nivel de atención dedicado a la aceptación de método.	Discreta	Manual de procedimientos de planificación familiar.
Costo de la Consulta de Especialidad Obstétrica	El costo de la consulta de especialidad obstétrica registrado en Finanzas del Hospital	Discreta	Finanzas
Costo de la atención en Especialidad Obstétrica correspondiente a la aceptación de método anticonceptivo	Porcentaje del tiempo destinado a la aceptación de método por el costo de la consulta	Discreta	Manual de procedimientos de planificación familiar.
Costo total en Especialidad Obstétrica a obtención de método anticonceptivo	Número de consultas en especialidad obstétrica por el costo de la atención a obtención de método anticonceptivo	Discreta	Expediente Clínico, Finanzas y Manual de procedimientos de planificación familiar.
Embarazo de Alto Riesgo			
Consulta de Embarazo de Alto Riesgo	Número de consultas otorgadas durante el embarazo en EAR	Discreta	Expediente Clínico

NOMBRE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE INFORMACION
Porcentaje de la Consulta de EAR a la aceptación de método.	Porcentaje del tiempo de la consulta de EAR dedicado a la aceptación de método.	Discreta	Manual de procedimientos de planificación familiar.
Costo de la Consulta de EAR	El costo de la consulta de EAR registrado en Finanzas del Hospital	Discreta	Finanzas
Costo de la Consulta de EAR	El costo de la consulta de EAR registrado en finanzas del Hospital	Discreta	Finanzas
Costo de la Atención en EAR correspondiente a la aceptación de método.	Porcentaje del tiempo destinado a la aceptación de método por el costo de la consulta	Discreta	Manual de procedimientos de planificación familiar y Finanzas
Costo total en EAR a aceptación de método	Número de consultas en EAR por el costo de la atención a aceptación de método	Discreta	Expediente clínico Manual de procedimientos de planificación familiar y Finanzas
Enfermera Prenatal de Hospital			
Consulta de Enfermera Prenatal de Hospital	Número de consultas otorgadas por la Enfermera Prenatal de Hospital durante el embarazo.	Discreta	Expediente clínico
Porcentaje de la Consulta de Enfermera Prenatal de Hospital a la aceptación de un método.	Porcentaje del tiempo de la consulta de Enfermera Prenatal de Hospital dedicado a la aceptación de método.	Discreta	Manual de procedimientos de planificación familiar.
Costo de la Consulta de Enfermera Prenatal de Hospital.	El costo de la consulta de Enfermera Prenatal de Hospital registrado en Finanzas del Hospital	Discreta	Finanzas
Costo de la atención en Enfermera Prenatal de Hospital correspondiente a la aceptación de	Porcentaje del tiempo destinado a la aceptación de método por el costo de la consulta	Discreta	Manual de procedimientos de planificación familiar y Finanzas.

NOMBRE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE INFORMACION
<p>método.</p> <p>Costo total en Enfermera Prenatal de Hospital a la aceptación de método</p>	<p>Número de consultas en Enfermera Prenatal de Hospital por el costo de la atención a la aceptación de método</p>	<p>Discreta</p>	<p>Expediente Clínico, Manual de procedimientos de planificación familiar y Finanzas.</p>
<p>Costo total de la atención prenatal a la aceptación de método.</p>	<p>La suma del costo de la atención en Medicina Familiar, Enfermera Materno Infantil, Especialidad de Gineco-Obstetricia, Enfermera Prenatal de Hospital y Embarazo de Alto Riesgo.</p>	<p>Discreta</p>	<p>Expediente Clínico, Manual de procedimientos de planificación familiar y Finanzas.</p>

COSTO DE LA ATENCION POSTERIOR AL PUERPERIO.

NOMBRE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE INFORMACION
Primer Nivel de Atención Medicina Familiar			
Consulta de Medicina Familiar	Número de consultas otorgadas para aplicación de DIU	Discreta	Expediente Clínico
Costo del DIU	Costo en pesos del DIU	Continua	Finanzas
Costo de aplicación del DIU	Suma del costo de la consulta y el costo del DIU	Discreta	Finanzas
Segundo Nivel de Atención Consulta de Especialidad			
Número de consultas de especialidad	Numero de consultas otorgadas en especialidad antes de la realización de la OTB	Discreta	Expediente
Costo de la consulta en especialidad	El costo de la consulta en especialidad por el número de consultas	Discreta	Finanzas
Costo total de la consulta en especialidad	El costo de la consulta en especialidad por el número de consultas	Discreta	Expediente y Finanzas
Laboratorio			
Número de estudios de laboratorio	Número de estudios de laboratorio para la realización de OTB	Discreta	Expediente Clínico
Costo del estudio de laboratorio	Costo en pesos del estudio de laboratorio	Discreta	Finanzas
Costo total por estudios de laboratorio	El costo de la consulta en especialidad por el número de consultas.	Discreta	Finanzas
Procedimiento Quirúrgico			
Costo de la OTB	El costo en pesos de la realización del procedimiento quirúrgico.	Discreta	Finanzas

Costo de la atención posterior al puerperio.	Es la suma del costo de la atención en especialidad, el laboratorio y el procedimiento quirúrgico o la aplicación del DIU	Discreta	Finanzas
COSTO TOTAL DE LA ESTRUCTURA TECNICO ADMINISTRATIVA			
Costo Total	La suma del costo de la atención prenatal y la atención posterior al puerperio.	Discreta	Finanzas

CAPACITACION DEL PERSONAL

NOMBRE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE INFORMACION
Becas			
Becas autorizadas para la capacitación continua en Consejería en Salud Reproductiva y Planificación Familiar	Número de Becas autorizadas para capacitación continua en Consejería en Salud Reproductiva y Planificación Familiar	Discreta	Becas.
Costo de la Beca	Costo individual en peso de la beca	Discreta	Becas.
Costo total por becas	Es el producto del número de becas autorizadas por el costo de la beca	Discreta	Becas.
Comisiones			
Comisiones	El número de comisiones autorizadas para la capacitación en Consejería en Salud Reproductiva y Planificación Familiar	Discreta	Coordinación de Salud Reproductiva
Costo de la comisión	Es el costo en pesos de la comisión otorgada para capacitación en Consejería en Salud Reproductiva y Planificación Familiar	Discreta	Finanzas
Costo total de la comisión	Es el producto del número de comisiones por el costo de la comisión	Discreta	Finanzas
Costo de la Capacitación del personal	La suma del costo de la comisión más el costo de la beca.	Discreta	Finanzas
Número de entrevistas educativas	El total de entrevistas educativas en la búsqueda de la aceptación de método anticonceptivo	Discreta	Coordinación de Salud Reproductiva

Costo por paciente informado	La división del total de pacientes informados entre el costo de la capacitación del personal	Discreta	Becas, Coordinación de Salud Reproductiva y Finanzas
Total de pacientes diferidos	Total de pacientes informados entre el costo de la capacitación del personal	Discreta	Finanzas
Costo total del diferimiento	El producto del costo del paciente informado por el total de pacientes diferidos	Discreta	Becas, Coordinación de Salud Reproductiva y Finanzas

B. Glosario

<i>Administración</i>	Conjunto de actos ejecutados sobre un patrimonio con la finalidad de conservarlo o explotarlo según su naturaleza.
<i>Alta hospitalaria</i>	Conclusión formal y definitiva del periodo de internamiento hospitalario de un paciente.
<i>Análisis</i>	Descomposición de las partes de un todo para su mejor distinción y conocimiento.
<i>Asignación (de recursos)</i>	Proceso en que se distribuyen los recursos a fin de obtener un determinado conjunto de productos.
<i>Base de datos</i>	Recolección y disposición de grandes cantidades de informaciones organizadas, habitualmente memorizadas sobre un soporte magnético y fácilmente accesibles a los usuarios.
<i>Beneficio</i>	Utilidad o provecho que se puede determinar entre la diferencia entre los ingresos y los gastos.
<i>Calidad</i>	Ausencia de deficiencias en un bien o servicio.
<i>Capital</i>	Expresión en dinero de la riqueza. Volumen o stock de recursos disponibles en la satisfacción de las necesidades.
<i>Capital humano</i>	Referido al valor de la fuerza de trabajo de una comunidad y constituye la expresión del conjunto de conocimientos técnicos y cualificaciones que posee su población activa.
<i>Características</i>	Cualidades más sobresalientes que sirven para distinguir una persona o cosa; se utilizan como sinónimo de variables y se refieren a los aspectos más relevantes estudiados en los fenómenos investigados.
<i>Cobertura</i>	Porcentaje de personas protegidas por un medio, soporte o sistema en relación a las contingencias no deseables de un fenómeno.
<i>Competencia</i>	Situación productiva como resultado directo de la escasez y que se refiere a las diversas formas en que las empresas rivalizan en la producción o venta de los productos.
<i>Consulta</i>	Acto de asistencia médica o de enfermería prestado en régimen ambulatorio u hospitalario relacionado con el diagnóstico o tratamiento de un paciente.

<i>Control</i>	Proceso de observación y medida a través de la comparación sistemática de los objetivos previstos, respecto de los resultados obtenidos.
<i>Costo</i>	Gasto o sacrificio de un activo en el que se incurre como consecuencia de la producción de un bien o servicio.
<i>Costos indirectos</i>	Valor monetario de las modificaciones negativas que se siguen a la utilización de los recursos como consecuencia de su aplicación a un proyecto, programa o servicio sanitario.
<i>Decisión</i>	Elección lo más racional posible entre las opciones o alternativas disponibles en un recurso.
<i>Demanda</i>	Cantidades de un bien o servicio que un consumidor puede y esta dispuesto a adquirir.
<i>Demografía</i>	Estudio del comportamiento de la población.
<i>Diagnóstico</i>	Opinión cualificada emitida por un profesional de la salud experto respecto a una situación patológica de un individuo o grupo.
<i>Diferimiento</i>	Acción en la que se posterga algún aspecto de la atención médica.
<i>Dispositivo Intrauterino (DIU)</i>	Método anticonceptivo de alta continuidad, el cual es colocado dentro de la cavidad uterina.
<i>Economía</i>	Ciencia del comportamiento social que estudia la asignación racional de los recursos escasos susceptibles de usos alternativos para la obtención de un conjunto ordenado de objetivos.
<i>Efectividad</i>	Grado en el que se alcanza un determinado impacto, a causa de la aplicación práctica de una acción.
<i>Efecto</i>	Cambio, impacto o resultado registrado sobre las funciones susceptibles de medición a través de conceptos de eficacia o efectividad.
<i>Enfermera</i>	Profesional de la salud que proporciona cuidados sanitarios, en centros o instituciones de esta naturaleza, tomando decisiones sobre promoción a la salud, prevención de la enfermedad, atención cuidado y rehabilitación de enfermos, basadas en principios científicos clínicos.

<i>Entrevista</i>	Relación verbal entre dos o más individuos que concurren en un lugar determinado, con el fin de obtener información por parte del que la hace (entrevistador) del sujeto de la misma (entrevistado).
<i>Estadística</i>	Rama del método científico que se ocupa del tratamiento de los datos obtenidos al estudiar las propiedades de los conjuntos de fenómenos naturales, proporcionando instrumentos para la toma de decisiones.
<i>Estrategia</i>	Plan, método o política diseñados para conseguir determinados objetivos, que se ordenan racionalmente en razón de la información disponible.
<i>Estructura</i>	Conjunto de elementos y relaciones organizativas que caracterizan cierta permanencia en una situación real, y que determinan la asignación de recursos y las funciones normativas dentro de una institución.
<i>Ética médica</i>	Conjunto de principios que tratan de las formas de comportamiento moral y estándares de actuación profesional.
<i>Evaluación</i>	Proceso que intenta determinar de forma sistemática y objetiva la relevancia, efectividad o impacto de determinadas actividades a la luz de sus objetivos.
<i>Extrapolación</i>	Acción de extender más allá de cierto ámbito espacial o temporal lo que es válido.
<i>Factor de riesgo</i>	Causa del aumento de la susceptibilidad de una enfermedad específica.
<i>Gasto</i>	Consumo de un bien o servicio, origen de desembolsos monetarios.
<i>Gestión</i>	Función empresarial referida al conjunto de reglas, procedimientos o métodos operativos para llevar a cabo una actividad tendiente a alcanzar los objetivos institucionales.
<i>Hipótesis</i>	Explicación tentativa de un problema o enunciado teórico supuesto, no verificado pero probable.
<i>Hospital</i>	Establecimiento dedicado a la atención de enfermos en régimen de internado, durante un periodo determinado.

<i>Incidencia</i>	Nuevos casos de enfermedad, infección o cualquier otra anomalía que se presenten en una comunidad determinada, en un lugar dado y en un periodo específico.
<i>Indicador</i>	Rasgo, señal o instrumento que contribuye a la comprensión de un suceso, y de cuya ocurrencia concluimos que dicho suceso o fenómeno tiene lugar.
<i>Información</i>	Conjunto de datos e ideas que caracterizan una situación o materia.
<i>Infraestructura</i>	Conjunto de servicios considerados como esenciales para el desarrollo de una acción.
<i>Insumo</i>	Bienes de producción empleados para alcanzar otros productos.
<i>Intervención quirúrgica</i>	Procedimiento médico invasivo realizado por un médico o cirujano en el organismo humano utilizando instrumental quirúrgico.
<i>Investigación operativa</i>	Procedimiento científico para tomar decisiones que comprenden las operaciones de sistemas de organización.
<i>Legislación</i>	En promoción de la salud, elaboración de leyes por parte del gobierno, cuya finalidad explícita es promover o proteger la salud.
<i>Macroeconomía</i>	Parte de la teoría económica que se ocupa de la observación de datos y comportamientos globales para un colectivo en su conjunto y se refiere al estudio de grandes agregados económicos.
<i>Magnitud</i>	Cualquier aspecto de las cosas susceptible de expresarse cuantitativamente.
<i>Médico especialista</i>	Profesional entrenado en una rama concreta, que se limita al cuidado parcial o total de aquellos pacientes que padecen determinada enfermedad, que entre en el ámbito de su especialización.
<i>Médico familiar</i>	Profesional de la medicina que se dedica al cuidado general de los pacientes, sin limitarse a una determinada especialidad o grupo de edad.
<i>Método</i>	Procedimiento basado en ciertos principios y que se emplea para alcanzar una determinada finalidad.

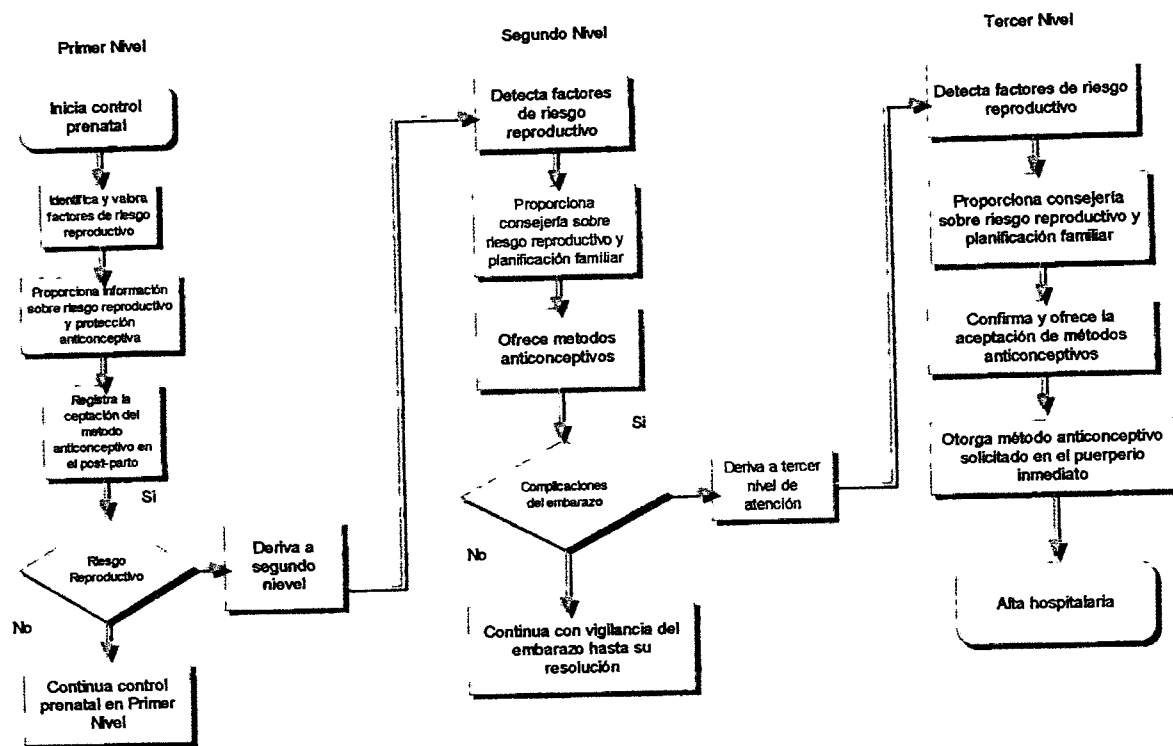
<i>Metodología</i>	Disciplina que reflexiona sobre los métodos en sí, su consistencia, condiciones, requisitos, desarrollos y otros aspectos fundamentales.
<i>Modelo económico</i>	Explicación sintética del funcionamiento económico de un sistema, mediante la expresión de las relaciones que vinculan a las distintas variables que intervienen en el mismo.
<i>Modelo de salud</i>	Conjunto de criterios o fundamentos doctrinales en los que están cimentados los sistemas sanitarios.
<i>Morbilidad</i>	Extensión de diversos tipos de enfermedades, lesiones o discapacidades en una población determinada, expresada habitualmente en tasas específicas de incidencia o prevalencia respecto al número de habitantes.
<i>Mortalidad</i>	Fenómeno demográfico que recoge el número total de muertes registradas en una población durante un periodo de tiempo determinado.
<i>Objetivos</i>	Finalidades perseguidas por las actuaciones de gestión y que pueden conseguirse en un periodo relativamente prolongado.
<i>Oclusión tubárica bilateral (OTB)</i>	Método anticonceptivo definitivo el cual consiste en interrumpir la permeabilidad de las trompas de Falopio por medio de una intervención quirúrgica.
<i>Optimización</i>	Proceso de producción distribución o consumo de cualquier producto mediante el cual se adopta y lleva a cabo la decisión más adecuada al objetivo previamente determinado.
<i>Organización</i>	Estructura de una empresa que resulta de la división y agrupación del trabajo en funciones y tareas, según relaciones de autoridad, jerarquía, coordinación y comunicación.
<i>Pacientes</i>	Individuos que en virtud de su estado de salud son tributarios de asistencia médica y receptores de determinado tipo de atención por parte de los proveedores de bienes o servicios de salud.
<i>Patología</i>	Condición que puede ser definida como un fallo en los mecanismos de adaptación de un organismo para funcionar de forma adecuada, como resultado de una alteración en las funciones o estructura de alguna parte de dicho organismo.

<i>Planificación de los servicios de salud</i>	Proceso a través del cual se define, estructura y organiza una política orientada al mejoramiento de la calidad de los servicios sanitarios.
<i>Planificación familiar</i>	Intervención médica, mediante acciones concretas encaminadas a espaciar o limitar la fecundidad.
<i>Población</i>	Número y características del conjunto de los habitantes de un territorio determinado.
<i>Población de riesgo</i>	Población que es susceptible de desarrollar un problema sanitario a causa de su especial exposición respecto a un determinado factor que esta relacionado con el aspecto etiológico de una enfermedad.
<i>Política económica</i>	Conjunto de sistemas y medios mediante los cuales el gobierno intenta regular o modificar las relaciones económicas de un país.
<i>Política de salud</i>	Conjunto de declaraciones directrices oficiales, acciones o de posibilidades de intervención deliberada de los poderes públicos orientados hacia la regulación de actividades necesarias para la obtención de elevados niveles de calidad de vida y bienestar.
<i>Presupuesto</i>	Estimación formal de los ingresos y de los gastos de una unidad económica durante un periodo futuro.
<i>Prevalencia</i>	En el ámbito de salud, se refiere a la cantidad de enfermedad o de individuos existentes en un determinado momento, en un lugar establecido y en un grupo social dado.
<i>Productividad</i>	Volumen de producción que está referido a una unidad de tiempo y de factor productivo.
<i>Prioridad</i>	Noción que indica la importancia de un objeto o de un fenómeno en relación con otros objetos o fenómenos similares.
<i>Proceso</i>	Conjunto de fases sucesivas de un fenómeno, secuencia de acontecimientos que representan la forma en que tiene lugar el cambio o transición de una situación a otra.
<i>Producto interno bruto (P.I.B.)</i>	Magnitud macroeconómica que se refiere al conjunto valorado a precios de mercado de todos los bienes y servicios producidos en el interior de una nación durante una unidad de tiempo (habitualmente una año).

<i>Profesional de salud</i>	Personal empleado en servicios organizados de cuidados sanitarios, con conocimientos especializados y técnicos, mediante una formación de carácter formal.
<i>Programa de salud</i>	Conjunto organizado y coherente de actividades destinadas a alcanzar objetivos concretos relacionados con la satisfacción de necesidades sanitarias para resolver a través de ellas los problemas de salud.
<i>Recursos</i>	Todo tipo de profesionales, instrumentos, objetos o condiciones disponibles y necesarias para desarrollar una actividad determinada conducente a la satisfacción de necesidades.
<i>Resultado</i>	Medición de las diferencias entre beneficios y pérdidas registradas en una institución a lo largo de un determinado periodo de tiempo y que se han generado como consecuencia de los flujos de productos y gastos a que da lugar dicha actividad económica.
<i>Riesgo</i>	Posibilidad de que ocurra un evento no deseado, cuya posibilidad puede ser medible.
<i>Sueldo</i>	Conjunto de las diferentes remuneraciones que una persona obtiene como contraprestación a las actividades realizadas por cuenta ajena (precio del trabajo).
<i>Salud</i>	Estado del ser orgánico en que todas sus formas y funciones son normales, y que constituye el objetivo básico de las actividades sanitarias.
<i>Satisfacción del usuario</i>	Utilidad que consigue el consumidor de un producto, medida que se utiliza como aproximación de la calidad y de los resultados de los sistemas de salud.
<i>Sector público</i>	Área de la actividad socioeconómica referida al conjunto de órganos e instituciones que realizan actividades según criterios guiados preferentemente por el principio de la autoridad.
<i>Seguridad social</i>	Conjunto sistemático de medidas legislativas, así como los medios u organismos encargados de llevarlas a la práctica, que persigue la protección de los ciudadanos en lo referente a riesgos de la naturaleza social.

<i>Servicios de salud</i>	Conjunto de servicios públicos, de naturaleza social, que incluye todo tipo de actividades formales e informales centradas en la provisión de servicios sanitarios y cuya primordial finalidad es proteger la salud de los habitantes de un país.
<i>Sistema de salud</i>	Todo conjunto ordenado de elementos y dispositivos que se relacionan entre sí formando una unidad de funcionamiento.
<i>Tasa de morbilidad</i>	Estimador de la proporción de individuos de una sociedad que contraen una enfermedad a lo largo de un periodo, o que están enfermos en un momento determinado.
<i>Tasa de mortalidad</i>	Estimador de la proporción de individuos que fallecen en un periodo determinado.
<i>Toma de decisiones</i>	Proceso por el cual un individuo o una institución adoptan determinada resolución ante un problema determinado, eligiendo la opción más conveniente entre las varias posibles.
<i>Usuario</i>	Individuo, grupo, u organización que de forma habitual u ordinaria puede ser beneficiario o receptor de un bien o servicio a través del consumo del que obtiene una utilidad que satisface sus necesidades.
<i>Variable</i>	Atributo, fenómeno o acontecimiento que puede tomar valores diferentes al definirse o medirse.

C. Proceso de Planificación Familiar.



El proceso general de los servicios de Planificación Familiar comprende, por una parte, las acciones educativas para la adopción de la Metodología Anticonceptiva, y por otra, la prestación de los servicios para la entrega de métodos anticonceptivos. Los prestadores de servicio inmersos en este proceso, corresponden a las tres disciplinas básicas del equipo de salud: Médicos Familiares o Gineco-Obstetras, Enfermera Materno Infantil (EMI), Enfermera Prenatal de Hospital (EPH), Trabajadoras Sociales, Subjefes de Enfermeras de Planificación Familiar, Enfermeras Generales y auxiliares y Asistentes Médicas. El producto final del proceso, deberá ser la adopción de un método anticonceptivo, como una medida para el auto-cuidado de su salud reproductiva.

